

MES BIENS

MON ARGENT

MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE

MA FAMILLE



PRÉVOYANCE

ASSURANCE PERTE DE REVENUS

CONDITIONS GÉNÉRALES



ASSURANCE PERTE DE REVENUS

CONDITIONS GÉNÉRALES

Réf.IJP.013-01/2024

INFORMATIONS GÉNÉRALES	p. 3
DÉFINITIONS	p. 6
LES GARANTIES	p. 8
Assurance Perte de Revenus	p. 8
Étendue territoriale de vos garanties	p. 12
QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS ?	p. 13
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	p. 15
Formation et durée de votre contrat	p. 15
Déclaration du risque	p. 15
Diminution du risque ou suppression du risque	p. 16
Augmentation des garanties en cours de contrat	p. 16
Prescription	p. 16
Cessation de votre contrat	p. 17
QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL OU MALADIE ?	p. 18
Incapacité temporaire totale de travail	p. 18
Clause d'arbitrage	p. 18
VOTRE COTISATION	p. 19
REVALORISATION	p. 21
Adaptation de vos garanties	p. 21
Revalorisation des indemnités en cours de service	p. 21
VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE	p. 22
Assistance aux personnes	p. 22
VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES	p. 25
Les renseignements juridiques	p. 25

INFORMATIONS GÉNÉRALES

LE DROIT APPLICABLE

La langue et la loi qui sont applicables entre vous et nous sont françaises.

Ce contrat est régi par le Code des assurances. L'autorité chargée du contrôle de MAAF Assurances SA est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

GESTION DES RÉCLAMATIONS

Une réclamation ?

Rapprochez-vous de votre conseiller. Il analysera avec vous l'origine du problème et mettra tout en œuvre pour vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si votre réclamation est formulée à l'oral et que vous n'obtenez pas entière satisfaction, vous serez invités à la formaliser sur un support écrit, en particulier sur votre espace client (www.maaf.fr/fr/reclamation) ou par courrier à l'adresse suivante MAAF ASSURANCES – Réclamations – Chaban de Chauray – 79036 Niort cedex 9.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de votre réclamation écrite sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de l'envoi de votre réclamation écrite.

En tout état de cause, 2 mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, que nous y ayons ou non répondu, vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'assurance :

- Sur le site www.mediation-assurance.org. Vous disposez d'un formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;
- Par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance. Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

À QUI SONT TRANSMISES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement.

Vous trouverez les coordonnées de votre Assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès de votre Délégué à la Protection des Données.

POURQUOI AVONS-NOUS BESOIN DE TRAITER VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

1. Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance,
- réaliser des opérations de prospection commerciale,
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations,
- conduire des actions de recherche et de développement,
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles,
- lutter contre la fraude à l'assurance,
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.

2. Ces traitements ont pour bases légales :

l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et votre contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir vos données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime: leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

3. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, votre Assureur peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, vous inscrire sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser nos coûts et protéger notre solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable vous sera notifiée.

QUELLE PROTECTION PARTICULIÈRE POUR VOS DONNÉES DE SANTÉ ?

Votre Assureur et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à votre santé aux fins de conclusion et gestion de votre contrat et/ou l'instruction et la gestion de votre sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Vos données de santé sont nécessaires à l'assureur pour évaluer les risques. En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention de votre consentement. Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'assureur ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de votre consentement, l'assureur ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion de votre contrat ou l'instruction et la gestion de votre sinistre seront impossibles. Vous pouvez exercer votre droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- protection des données personnelles - MAAF Assurances SA Chauray 79036 Niort Cedex 9
- protectiondesdonnees@maaf.fr

Dans le cadre de votre complémentaire de santé, la base légale du traitement de vos données de santé est la protection sociale. Conformément à la législation en vigueur, votre assureur n'exerce pas de sélection de risques à partir de vos données de santé.

PENDANT COMBIEN DE TEMPS VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES CONSERVÉES ?

Les données personnelles traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, vos données de santé sont conservées pendant 5 ans.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet.

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, vos données personnelles sont conservées 5 ans.

QUELS SONT LES DROITS DONT VOUS DISEPOSEZ ?

Vous disposez :

- d'un **droit d'accès**, qui vous permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données vous concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement vous concernant.

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part,

- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que vous avez fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de votre utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat,
- d'un **droit d'opposition**, qui vous permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de votre Assureur ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à votre situation particulière, de faire cesser le traitement de vos données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention,
- d'un **droit de rectification** : il vous permet de faire rectifier une information vous concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il vous permet également de faire compléter des informations incomplètes vous concernant,
- d'un **droit d'effacement** : il vous permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où vos données ne seraient plus nécessaires au traitement,
- d'un **droit de limitation**, qui vous permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de vos données ;
 - si vous contestez l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il vous est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits,

- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine** : votre Assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion de votre contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, vous pouvez, demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre Délégué à la protection des données.

Vous pouvez exercer vos droits par courrier à l'adresse postale « protection des données personnelles » protection des données personnelles MAAF Assurances SA Chauray 79036 Niort Cedex ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@maaf.fr.

A l'appui de votre demande d'exercice des droits, il vous sera demandé de justifier de votre identité.

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, vous ne serez pas démarché par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Vous pouvez définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de vos données personnelles, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PAR L'ALFA

Vos données font l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'ALFA (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs.

Dans ce cadre, vos données sont destinées au personnel habilité de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou réglementaire).

Pour l'exercice de vos droits dans le cadre de ce traitement, vous pouvez contacter l'ALFA, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

COMMENT CONTACTER LE DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES ?

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données en écrivant à l'adresse suivante électronique : deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr, ou par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

Compensation

Toutes obligations réciproques, présentes ou futures, entre les parties au présent contrat s'éteignent par compensation conformément aux articles 1347 et suivants du code civil.

Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile du souscripteur/adhérent ou sur son lieu de travail

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. L'exercice du droit de renonciation dans les délais entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou envoi recommandé électronique. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation. Vous devez adresser votre demande de renonciation à l'adresse suivante : MAAF Assurances SA Chauray 79036 NIORT CEDEX 9. Cette demande intégrera la phrase suivante : « Je soussigné (votre nom et prénom) exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L 112-9 du code des assurances pour mon contrat Assurance Perte de Revenus numéro (indiquer les références du contrat figurant sur les conditions particulières), souscrit le... ».

Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance

Les informations qui vous ont été données à l'occasion de la vente à distance de votre contrat revêtent un caractère commercial et sont valables jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours. Vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat si ce dernier a été conclu exclusivement à distance. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, soit à compter du jour où vous avez reçu les présentes conditions générales si cette date est postérieure à celle de conclusion du contrat. Le droit de renonciation ne s'applique toutefois pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit à renonciation. En cas de renonciation, MAAF Assurances conservera la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte. Votre contrat sera résilié à la date de la réception de votre lettre. Vous devez notifier votre demande par courrier recommandé ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : MAAF Assurances SA Chauray 79036 NIORT CEDEX 9. Cette demande intégrera la phrase suivante : « Je soussigné <votre nom et prénom> exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L 112-2-1 du code des assurances pour mon contrat Assurance Perte de Revenus... (indiquer les références du contrat figurant sur les conditions particulières), souscrit le... ».

ACCIDENT CORPOREL

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc traumatique, violent, soudain et imprévu, provoqué par une cause extérieure à l'assuré victime.

AJOURNER (AJOURNEMENT)

C'est l'impossibilité d'accepter immédiatement une demande d'assurance. La demande d'assurance peut être représentée pour une nouvelle étude à l'issue d'une période fixée par l'assureur.

AMBULATOIRE

Hospitalisation pour laquelle le patient arrive et repart le jour même. Le passage aux urgences n'est pas assimilé à une hospitalisation ambulatoire.

ASSURÉ

Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque, qui exerce une activité professionnelle rémunérée (hors contrats à durée déterminée), et qui n'exerce pas l'une des professions suivantes : cascadeurs, jockeys, pompiers, membres de l'armée, de la police et de la gendarmerie.

ASSUREUR

MAAF Assurances SA : Société anonyme au capital de 160 000 000 euros entièrement versé - RCS NIORT 542 073 580 - Code APE 6512 Z. Entreprise régie par le Code des Assurances - N° TVA Intracommunautaire - FR 38 542 073 580
Siège social : Chaban 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09

BÉNÉFICIAIRE

Personne physique qui perçoit les prestations en cas de réalisation du risque.

CARENCE

Un délai de carence est la période qui suit la date d'effet du contrat d'assurance, d'une garantie ou d'une majoration de garantie, pendant laquelle toute maladie (ainsi que ses suites, conséquences, rechutes et récurrences) survenue ou constatée médicalement ne peut donner lieu à indemnisation.

CONSOLIDATION

Moment où l'affection se stabilise pour prendre un caractère permanent non susceptible de modification sensible sous l'effet d'un quelconque traitement.

CONTRAT

Voir les dispositions énoncées dans le chapitre « La vie de votre contrat » dans le paragraphe « Formation de votre contrat ».

DATE DE SURVENANCE DE L'ACCIDENT CORPOREL OU MALADIE GARANTI(E)

Correspond au 1^{er} jour d'incapacité temporaire totale de travail (ou d'arrêt de travail).

DÉCHÉANCE

Perte du droit à l'indemnité (indemnités journalières ou rente d'invalidité) pour un accident corporel ou maladie, du fait du non respect par le souscripteur/assuré de certaines obligations contractuelles prévues au contrat en cas de sinistre.

FRANCHISE

Durée ininterrompue d'incapacité temporaire totale de travail non indemnisée par l'assureur.

La franchise choisie par l'assuré/souscripteur figure sur les conditions particulières.

Il existe deux catégories de franchise :

1) Franchise absolue

Les indemnités sont versées à partir du 1^{er} jour suivant la durée de franchise choisie par l'assuré/souscripteur parmi les propositions suivantes (voir tableau des franchises absolues dans le lexique).

2) Franchise spécifique

Cette franchise est caractérisée dans les conditions particulières de la façon suivante « indemnisation maladie au 8^{ème} jour si arrêt de travail ininterrompu supérieur ou égal à 15 jours » et « indemnisation accident corporel au 1^{er} jour » :

- En cas d'incapacité temporaire totale de travail suite à maladie, l'indemnité sera versée à partir du 8^e jour si l'incapacité temporaire totale de travail est supérieure ou égale à 15 jours.
- En cas d'incapacité temporaire totale de travail suite à un accident corporel, les indemnités sont versées à l'assuré/souscripteur à partir du 1^{er} jour.

➤ DÉFINITIONS

➤ HOSPITALISATION

Séjour médicalement prescrit dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé, ayant pour but un traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident corporel.

➤ INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (OU ARRÊT DE TRAVAIL)

C'est l'impossibilité, constatée et justifiée médicalement, pour l'assuré de se livrer temporairement et totalement à son activité professionnelle (spécifiée au contrat) suite à maladie ou accident corporel.

➤ MALADIE

Toute altération de votre état de santé constatée médicalement.

➤ NOUS

MAAF Assurances SA : société anonyme au capital de 160 000 000 euros entièrement versé - Entreprise régie par le code des assurances RCS NIORT 542 073 580 - N° TVA intracommunautaire FR 38 542 073 580 - Code APE 6512 Z

➤ PATHOLOGIES RACHIDIENNES

Il s'agit de toutes atteintes discales, osseuses, articulaires, musculaires, et ligamentaires de la colonne vertébrale y compris leurs conséquences neurologiques périphériques, à savoir : névralgie, cruralgie, sciatique, radiculalgie et paralysie complète ou partielle.

➤ PLAFOND ANNUEL DE LA SECURITÉ SOCIALE (PASS)

Montant de référence fixé annuellement par arrêté publié au Journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur est consultable sur www.ameli.fr (onglet « Entreprise »).

➤ REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ

La reprise partielle d'activité correspond au moment où l'assuré est médicalement apte à reprendre partiellement (quel que soit le taux de reprise) son activité professionnelle (spécifiée au contrat).

➤ RIXE

Querelle violente accompagnée de menaces et de coups quel que soit le nombre de personnes impliquées.

➤ SOUSCRIPTEUR

Personne physique, qui souscrit le contrat et s'acquitte des cotisations.

➤ VOUS

Vous désigne l'assuré sauf dans les paragraphes qui concernent les obligations relatives à la vie du contrat où il désigne le souscripteur.

Nous expliquons dans les pages suivantes comment bénéficier des garanties.

Combinaisons		Définitions des franchises absolues	Franchise absolue caractérisée sur les conditions particulières de la façon suivante :
Maladie	Accident corporel		
15 jours	3 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 16 ^e jour en cas de maladie et à compter du 4 ^e jour en cas d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 16 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 4 ^{ème} jour
30 jours	3 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 31 ^e jour en cas de maladie et à compter du 4 ^e jour en cas d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 31 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 4 ^{ème} jour
15 jours	15 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 16 ^e jour en cas de maladie et en cas d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 16 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 16 ^{ème} jour
30 jours	15 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 31 ^e jour en cas de maladie et à compter du 16 ^e jour en cas d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 31 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 16 ^{ème} jour
30 jours	30 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 31 ^e jour en cas de maladie et d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 31 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 31 ^{ème} jour
60 jours	60 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 61 ^e jour en cas de maladie et d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 61 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 61 ^{ème} jour
90 jours	90 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 91 ^e jour en cas de maladie et d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 91 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 91 ^{ème} jour
180 jours	180 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 181 ^e jour en cas de maladie et en cas d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 181 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 181 ^{ème} jour
365 jours	365 jours	l'assuré sera indemnisé à compter du 366 ^e jour en cas de maladie et en cas d'accident corporel	Franchise : - Indemnisation maladie : au 366 ^{ème} jour - Indemnisation accident corporel : au 366 ^{ème} jour

Assurance Perte de revenus

L'assuré doit être âgé de 18 à 64 ans et résider en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) lorsqu'il souscrit une Assurance Perte de Revenus. Le contrat Assurance Perte de Revenus est un contrat d'assurance individuel assuré par MAAF Assurances SA. Les risques assurés au titre du contrat sont complémentaires à ceux couverts par les régimes obligatoires. Le contrat est composé de deux garanties : une garantie Indemnités Journalières (I) et une garantie Rente Invalidité (II).

● Pour la garantie I : le souscripteur a le choix entre deux durées d'indemnisation : 1 an ou 3 ans.

Le souscripteur peut également choisir de souscrire dans le cadre de la garantie I les options suivantes :

- « ½ Indemnité en cas de reprise partielle d'activité ».

Et/ou l'une des options alternatives suivantes :

- « ½ Indemnité au-delà de 90 jours »

- « ½ Indemnité durant les 365 premiers jours qui suivent la date de survenance de l'accident corporel ou maladie garanti(e) »

● Pour la garantie II : le souscripteur peut choisir cette garantie uniquement s'il a souscrit une durée d'indemnisation pour la garantie I de 3 ans.

NOUS GARANTISSONS LES ÉVÉNEMENTS SUIVANTS AU TITRE DES GARANTIES I OU II :

TOUT ACCIDENT CORPOREL

● Survenant après la date de prise d'effet du contrat.

Pour la prise en charge des pathologies rachidiennes voir le tableau ci-contre.

TOUTE MALADIE

● **Survenue ou constatée médicalement plus de 3 mois (délai de carence – cf lexique page 4) après la date de prise d'effet du contrat.**

Pour la prise en charge des pathologies rachidiennes voir le tableau ci-contre.

● Ce délai de 3 mois est supprimé lorsque le présent contrat fait suite sans interruption à un contrat souscrit antérieurement auprès d'une autre Mutuelle ou Société d'assurances pour un même assuré et comportant des garanties équivalentes (en termes de nature de garanties : indemnités journalières et rente invalidité, de montants et de franchise). Si votre nouvelle adhésion comprend des garanties nouvelles, des montants de garantie plus élevés, ou une franchise différente, le délai de carence de 3 mois ne s'applique que sur les nouvelles garanties ou sur le différentiel de garantie après la date d'effet.

Ces dispositions sont applicables sous réserve de transmettre au service sinistre MAAF, les conditions particulières pouvant justifier les garanties de votre précédent contrat ainsi qu'une copie du document justifiant la résiliation, ainsi que sa date d'effet. Après la demande du service sinistre MAAF, vous disposez d'un délai de 30 jours pour transmettre les pièces. Sans justificatif, le délai de carence de 3 mois sera appliqué à l'ensemble de vos garanties à partir de la date d'effet du contrat Assurance Perte de Revenus.

PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES RACHIDIENNES EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL OU DE MALADIE

Garantie I indemnités journalières et/ou Garantie II rente invalidité	Délai de carence	Conditions d'intervention	Durée d'indemnisation
Accident			
Pathologies rachidiennes	Non	prise en charge uniquement si consécutives à une fracture vertébrale et/ou une entorse documentée radiologiquement	limitée à 6 mois par événement entraînant un arrêt de travail indemnisé
Maladie			
Pathologies rachidiennes non tumorales	3 mois	prise en charge uniquement si elles nécessitent une intervention chirurgicale	limitée à 6 mois en une ou plusieurs fois, sur toute la durée de vie du contrat
Pathologies rachidiennes tumorales	3 mois		limitée à 6 mois par événement entraînant un arrêt de travail indemnisé

GARANTIE I : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Conditions :

Les Indemnités Journalières sont versées à l'assuré pendant la période d'interruption totale médicalement justifiée de son activité professionnelle (spécifiée au contrat par l'assuré/souscripteur) suite à un accident corporel ou une maladie garanti(e). Ces indemnités journalières sont versées, pendant la durée d'indemnisation choisie par l'assuré/souscripteur (1 ou 3 ans) en prenant en compte la catégorie et la durée de la franchise choisie par l'assuré/souscripteur.

Période d'indemnisation :

● La période d'indemnisation commence à partir de la date de survenance de l'accident corporel ou maladie garanti(e) et au maximum, jusqu'au terme de la durée d'indemnisation choisie par l'assuré/souscripteur (1 an ou 3 ans).

La période de la franchise (franchise spécifique et franchises absolues (voir lexique)) est déduite de la durée d'indemnisation.

Exemple :

Garanties souscrites :

Franchise maladie absolue en cas de maladie : 15 jours
Durée d'indemnisation : 1 an soit 365 jours.

Arrêt maladie :

du 1^{er} janvier 2017 au 5 février 2018, soit 401 jours d'arrêt.
Durée d'indemnisation maximum 365 jours
Franchise : - 15 jours
Indemnisation : = 350 jours

Les indemnités journalières (350 jours d'indemnisation) sont versées à partir du 16 janvier 2017.

● La catégorie et la durée des franchises sont fixées dans vos conditions particulières :

- « franchise absolue » avec la durée choisie par l'assuré/ souscripteur (voir lexique),
- ou la « franchise spécifique » (voir lexique).

La « franchise absolue » prévue en cas d'accident corporel ou de maladie est ramenée à 3 jours pour tout arrêt de travail débutant par une hospitalisation d'une durée minimale de 3 jours, ou par une hospitalisation d'une durée inférieure à 3 jours (y compris ambulatoire) à condition que cette hospitalisation soit suivie d'un arrêt de travail d'une durée minimum de 4 jours.

La « franchise spécifique » prévue en cas de maladie est ramenée à 3 jours pour tout arrêt de travail débutant par une hospitalisation d'une durée minimale de 3 jours, ou d'une hospitalisation d'une durée inférieure à 3 jours (y compris ambulatoire) sous condition que cette hospitalisation soit suivie d'un arrêt de travail d'une durée minimum de 4 jours.

● Montant de l'indemnisation

- Il est égal au nombre de jours de la période d'indemnisation dans la limite de la durée d'indemnisation choisie par l'assuré/souscripteur, multiplié par la valeur de l'indemnité journalière fixée au contrat.
- Le montant de cette indemnité journalière est revalorisé chaque année (voir § Adaptation de vos garanties).
- La valeur de cette dernière indemnité journalière peut être réduite de moitié si le souscripteur/assuré opte pour l'une des trois options de la garantie I, décrites ci-après.

⇒ OPTIONS DE LA GARANTIE I INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les options suivantes, dénommées comme suit dans vos conditions particulières, peuvent être souscrites :

● Option de la garantie I : « ½ Indemnité en cas de reprise partielle d'activité ».

● Montant de l'indemnité

Si l'option est souscrite, l'indemnité journalière est égale à 50 % de l'indemnité journalière choisie par l'assuré/souscripteur, et mentionnée au contrat au titre de la garantie I.

● Conditions :

Cette option ne peut être mise en jeu que si la reprise partielle de son activité professionnelle est précédée immédiatement d'une indemnisation dans le cadre de la garantie I suite à incapacité temporaire totale de travail.

● Période d'indemnisation :

- La ½ indemnité journalière de cette option est versée pendant une durée maximale de 3 mois à compter de la reprise partielle.
- La durée d'indemnisation totale au titre de la garantie I Indemnités Journalières et de l'option de la garantie I « ½ Indemnité en cas de reprise partielle d'activité », ne peut excéder au global la durée d'indemnisation choisie et mentionnée au contrat au titre de la garantie I (1 an ou 3 ans).

Exemple :

Garanties souscrites :

Franchise maladie absolue : 90 jours
 Durée d'indemnisation : 3 ans
 Option « ½ Indemnité en cas de reprise partielle d'activité ».

Arrêt maladie :

du 1^{er} janvier 2017 au 24 février 2018, soit 420 jours d'arrêt, avec une reprise partielle d'activité à partir du 05 janvier 2018.

Arrêt :	420 jours
Franchise :	- 90 jours
Indemnisation :	= 330 jours

Les indemnités journalières sont versées du 01 avril 2017 jusqu'au 24 février 2018 (330 jours d'indemnisation) selon les modalités suivantes :

- . Indemnité totale (Arrêt total) : versement des Indemnités Journalières complètes du 01 avril 2017 jusqu'au 04 janvier 2018.
- . ½ indemnité (Arrêt partiel) : versement de la ½ des indemnités journalières du 05 janvier jusqu'au 24 février 2018.

● Option de la garantie I : « ½ Indemnité au-delà de 90 jours ».

● Conditions et montant de l'indemnité :

Si l'option est souscrite, à partir du 91^{ème} jour suivant la date de survenance de l'accident corporel ou maladie garanti(e), l'indemnité journalière est égale à 50 % du montant de l'indemnité journalière choisi par le souscripteur/assuré et mentionnée au contrat au titre de la garantie I.

● Période d'indemnisation :

La durée d'indemnisation totale des Indemnités Journalières versées dans le cadre de la garantie I et de l'option « ½ Indemnité au-delà de 90 jours » ne peut excéder au global la durée d'indemnisation choisie (1 ou 3 ans) et mentionnée au contrat, au titre de la garantie I.

Exemple :

Garanties souscrites :

Franchise maladie absolue : 15 jours
 Durée d'indemnisation : 1 an
 Option « ½ indemnité au-delà de 90 jours ».

Arrêt maladie :

du 1^{er} avril 2017 au 16 octobre 2017, soit 199 jours d'arrêt

Franchise :	- 15 jours
Indemnisation totale :	= 184 jours

Les indemnités journalières sont versées du 16 avril 2017 jusqu'au 16 octobre 2017 (184 jours d'indemnisation) selon les modalités suivantes :

- . Indemnité totale : versement des indemnités journalières complètes du 16 avril 2017 jusqu'au 29 juin 2017.
- . ½ indemnité : versement de la ½ des indemnités journalières à partir du 91^{ème} jour, soit du 30 juin 2017 jusqu'au 16 octobre 2017.

● Option de la garantie I : « ½ Indemnité durant les 365 premiers jours qui suivent la date de survenance de l'accident corporel ou maladie garanti(e) ».

● Conditions et montant de l'indemnité :

Si l'option est souscrite, durant la première année d'indemnisation, l'indemnité journalière est égale à 50 % de l'indemnité journalière choisie par le souscripteur/assuré et mentionnée au contrat, au titre de la garantie I.

● Période d'indemnisation :

- Pour cette option, la première année d'indemnisation commence à partir de la date de survenance de l'accident corporel ou maladie garanti(e), avant déduction de la franchise souscrite au titre de la garantie I et mentionnée au contrat.
- La durée d'indemnisation totale des indemnités journalières versées dans le cadre de la garantie I et de l'option « ½ Indemnité durant les 365 premiers jours qui suivent la date de survenance de l'accident corporel ou maladie garanti(e) » ne peut excéder au global la durée d'indemnisation choisie (3 ans) et mentionnée au contrat au titre de la garantie I.

Exemple :

Garanties souscrites :

Franchise absolue pour l'accident corporel : 30 jours

Durée d'indemnisation : 3 ans

Option : « ½ indemnités journalières durant les 365 premiers jours qui suivent la date de survenance de l'accident corporel ou maladie garanti(e) »

Arrêt maladie :

du 01 septembre 2016 au 16 octobre 2017, soit 411 jours d'arrêt.

Arrêt :	411 jours
Franchise :	- 30 jours
Indemnisation totale :	= 381 jours

Les indemnités journalières sont versées du 01 octobre 2016 jusqu'au 16 octobre 2017 (381 jours d'indemnisation) selon les modalités suivantes :

- . ½ indemnité : versement de la ½ des indemnités journalières du 01 octobre 2016 au 01 septembre 2017.
- . Indemnité totale : versement des indemnités journalières complètes du 02 septembre 2017 au 16 octobre 2017.

● GARANTIE II : RENTE D'INVALIDITÉ

● Conditions

Cette garantie n'est accessible qu'aux souscripteurs/assurés ayant choisi la garantie I (indemnités journalières) comportant une durée d'indemnisation de 3 ans.

● Période d'indemnisation

Si cette garantie est souscrite, la rente prend le relais des indemnités journalières :

- le jour où le maximum des indemnités journalières est versé lorsque l'incapacité temporaire totale se prolonge au-delà de 3 ans,

ou :

- le jour où, après consolidation de son état, l'assuré reste atteint d'une invalidité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 33 %.

Le taux d'invalidité est déterminé selon le tableau ci-dessous, par expertise médicale, en tenant compte de l'incapacité fonctionnelle et de l'incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est fixée, sans tenir compte de la profession de l'assuré, de 0 à 100 % par référence au barème indicatif du « concours médical »*.

L'incapacité professionnelle, établie de 0 à 100 %, tient compte du taux, de la nature de l'invalidité fonctionnelle et de son incidence sur la profession exercée par l'assuré antérieurement à la maladie ou à l'accident corporel à l'origine du handicap, des conditions d'exercice normal et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente. Il est par contre tenu compte des possibilités de rééducation.

BARÈME POUR LES TAUX D'INVALIDITÉ CROISÉS (extrait)

Inv. prof.	Invalidité fonctionnelle									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	10.00	15.87	20.80	25.20	29.24	33.02	36.59	40.00	43.27	46.42
20 %	12.60	20.00	26.21	31.75	36.84	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48
30 %	14.42	22.89	30.00	36.34	42.17	47.62	52.78	57.69	62.40	66.94
40 %	15.87	25.20	33.02	40.00	46.42	52.41	58.09	63.50	68.68	73.68
50 %	17.10	27.14	35.57	43.09	50.00	56.46	62.57	68.40	73.99	79.37
60 %	18.17	28.84	37.80	45.79	53.13	60.00	66.49	72.68	78.62	84.34
70 %	19.13	30.37	39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.77	88.79
80 %	20.00	31.75	41.60	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.53	92.83
90 %	20.80	33.02	43.27	52.41	60.82	68.68	76.12	83.20	90.00	96.55
100 %	21.54	34.20	44.81	54.29	63.00	71.14	78.84	86.18	93.22	100.00

Le tableau complet des taux d'invalidité croisés est tenu à votre disposition sur simple demande.

*Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun publié par la revue Le Concours Médical (dernière édition parue à la date de l'expertise).

Montant de l'indemnité

Le montant de la rente choisi par l'assuré/souscripteur est mentionné sur les Conditions Particulières au titre de la garantie II. Le taux d'invalidité obtenu par le croisement des deux incapacités, fonctionnelle et professionnelle, (cftableau « Barème pour les taux d'invalidité croisés (extrait) ») détermine un coefficient. La rente versée correspond au montant de la rente figurant aux conditions particulières multiplié par ce coefficient.

Le tableau ci-après indique le coefficient à appliquer sur le montant de la rente choisie en fonction du taux d'invalidité retenu.

BARÈME DES COEFFICIENTS À APPLIQUER SUR LE MONTANT DE LA RENTE

Taux d'Invalidité (I)	Coefficient
I < 33 %	0 %
de 33 % ≤ I < 36 %	50 %
de 36 % ≤ I < 39 %	55 %
de 39 % ≤ I < 43 %	60 %
de 43 % ≤ I < 46 %	65 %
de 46 % ≤ I < 49 %	70 %
de 49 % ≤ I < 53 %	75 %
de 53 % ≤ I < 56 %	80 %
de 56 % ≤ I < 59 %	85 %
de 59 % ≤ I < 63 %	90 %
de 63 % ≤ I < 66 %	95 %
I ≥ 66 %	100 %

La rente est revalorisée au 1^{er} janvier dans les conditions prévues dans le chapitre « Revalorisation ».

LE SERVICE DES GARANTIES CESSE

Pour la garantie I Indemnités Journalières, avec ou sans l'une des trois options

Les indemnités journalières ou les ½ indemnités journalières ne sont plus versées dans les cas suivants :

- pour les indemnités journalières sans option ou avec l'une des options « ½ indemnité au delà de 90 jours », « ½ indemnité durant les 365 premiers jours qui suivent la date de survenance de l'accident corporel ou maladie garanti(e) » :

- dès que vous reprenez, même partiellement votre activité professionnelle (spécifiée au contrat),

ou

- dès lors que votre état de santé est stabilisé et que, à la consolidation, vous êtes jugé médicalement apte à reprendre même partiellement votre activité professionnelle (spécifiée au contrat),

- pour les indemnités journalières avec l'option « ½ indemnité en cas de reprise partielle d'activité » :

- dès que vous êtes apte à reprendre votre activité professionnelle (spécifiée au contrat) à temps plein ou à la fin de l'indemnisation de 3 mois au titre de la reprise partielle d'activité,

- à l'expiration de la durée maximum d'indemnisation prévue dans les présentes conditions générales pour certaines pathologies détaillées en page 8,
- à l'expiration de la durée d'indemnisation choisie et mentionnée au contrat par le souscripteur,

- à la date de la liquidation de vos droits à la retraite dans le cadre de votre régime obligatoire sans que cette dernière date puisse excéder 67 ans, par différence de millésime,

- lors du versement de la rente d'invalidité si la garantie II est souscrite.

Pour la garantie II Rente d'Invalidité

La rente d'invalidité cesse d'être attribuée dans les situations suivantes :

- dès lors qu'à la consolidation, vous êtes jugé médicalement apte à reprendre même partiellement votre activité professionnelle (spécifiée au contrat) et que votre taux d'invalidité est devenu inférieur à 33 %,
- si vous reprenez, même partiellement, votre activité professionnelle (spécifiée au contrat), nous nous réservons le droit de faire procéder à une contre-expertise médicale afin de juger des conditions de maintien ou non du versement de l'indemnité,

ou :

- à la date de la liquidation de vos droits à la retraite dans le cadre de votre régime obligatoire sans que cette dernière date puisse excéder 65 ans, par différence de millésime.

DÉLAI DE RÈGLEMENT

Pendant votre interruption totale de travail, nous versons après le délai de carence, sous réserve de l'accord de notre Médecin Conseil et à terme échu :

- tous les 15 jours, les indemnités journalières, après expiration de la franchise précisée aux conditions particulières ou sur l'annexe à la proposition d'assurance (bulletin d'adhésion),
- tous les mois, la rente d'invalidité.

CAS PARTICULIERS

RECHUTE

Si après avoir repris votre travail, vous devez observer un nouvel arrêt et si celui-ci résulte du même événement que celui ayant fait l'objet de l'indemnisation précédente, vous serez indemnisé de la façon suivante :

Le nouvel arrêt a lieu moins de 6 mois après la reprise du travail.

Nous considérons qu'il s'agit de la continuité du précédent arrêt. Nous n'appliquons pas de franchise mais la période d'indemnisation se décompte à partir du premier jour du premier arrêt.

Exemple :

Garanties souscrites :

Franchise maladie absolue : 30 jours
Durée d'indemnisation : 1 an

Arrêt maladie :

du 1^{er} février 2017 au 13 mars 2017, soit 41 jours d'arrêt

Franchise : - 30 jours
Indemnisation : 11 jours

Nouvel arrêt pour la même maladie du 1^{er} avril 2017 au 28 février 2018.

La durée d'indemnisation d'un an se décompte du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2018.

Le nouvel arrêt s'indemnise donc du 1^{er} avril 2017 au 31 janvier 2018, soit 306 jours (février 2018 étant postérieur à la période d'indemnisation).

Le nouvel arrêt survient plus de 6 mois après la reprise du travail.

Nous considérons qu'il s'agit d'un nouvel événement. De plus, si son origine était un accident corporel, la rechute constitue une altération de l'état de santé et est alors assimilée à une maladie.

Nous indemnisons donc dans tous les cas après application de la franchise maladie, mais la période d'indemnisation commence à courir à partir du nouvel arrêt de travail.

Exemple :

Garanties souscrites :

Franchise maladie absolue :	30 jours
Franchise accident corporel absolue :	15 jours
Durée d'indemnisation :	1 an

Arrêt suite accident corporel :

du 1^{er} février 2017 au 13 mars 2017, soit 41 jours d'arrêt

Franchise :	- 15 jours
Indemnisation :	26 jours

Nouvel arrêt en relation avec l'accident corporel de février, du 13 octobre 2017 au 28 février 2018 soit pendant 139 jours.
Indemnisation : 139 jours - Franchise : 30 jours = 109 jours.

→ Étendue territoriale des garanties

Les garanties Indemnités Journalières (I) et Rente Invalidité (II) s'exercent dans le monde entier.

Les indemnités liées aux garanties Indemnités Journalières et Invalidité Accident corporel et/ou Maladie ne peuvent être versées qu'après avis d'un médecin exerçant en FRANCE.

Si vous séjournez hors de FRANCE pour une durée supérieure à 3 mois, vous devez nous adresser une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, faisant élection d'un domicile en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) où nous vous adresserons toute communication et notamment les avis d'échéance des cotisations.

➔ QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS ?

Exclusions

🚫 Nous ne garantissons pas les arrêts de travail, l'invalidité, conséquences des accidents corporels ou maladies :

RÉSULTANT :

- de la tentative de suicide conscient ou inconscient de l'assuré,
- de l'usage par l'assuré, de drogues, de stupéfiants ou substances médicamenteuses sans prescription médicale, ou en dehors des limites de celle-ci,
- de l'éthylisme chronique de l'assuré,
- des affections psychiatriques et psychosomatiques, des névroses, des psychoses y compris les états dépressifs, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et du comportement, des troubles du comportement alimentaire, de la schizophrénie, de la bipolarité, des troubles de la personnalité, des troubles de l'adaptation et du stress, des troubles délirants persistants, des troubles du retard mental,
- de la fibromyalgie, du syndrome de fatigue chronique, de l'asthénie, du « burn out » et syndrome d'épuisement professionnel, du syndrome polyalgique, du syndrome d'intolérance aux Champs Electromagnétiques, et de la maladie ou syndrome d'Ehlers-Danlos.

La charge de la preuve du lien de causalité entre le comportement de l'assuré et l'événement (accident corporel ou maladie) incombe à l'Assureur.

CAUSÉS PAR :

- la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré,
- une guerre civile ou étrangère,
- une explosion atomique ou les effets directs ou indirects de la radioactivité.

La charge de la preuve du lien de causalité entre le comportement de l'assuré et l'événement (accident corporel ou maladie) incombe à l'Assureur.

SURVENANT LORSQUE L'ASSURÉ :

- participe à des émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, grèves, paris, rixes, agressions, à des actions ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens (sauf cas de légitime défense),
- pratique un sport à titre professionnel (entraînements compris),
- pratique un sport dangereux (*) ou tout autre sport lors de compétitions ou matchs organisés par une association affiliée à une fédération,
- pratique un sport comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou engin à moteur (lors des compétitions, matchs, paris, défis, courses, épreuves de vitesse, d'endurance et entraînements),
- pratique un sport aérien (tels que : compétitions, raids, vols acrobatiques, vols d'essai et vols sur prototypes, vols sur ultra-légers motorisés (U.L.M.) et ailes volantes (deltaplane et parapente), tentatives de records et sauts effectués avec des parachutes non homologués, saut à l'élastique, kite surf...),
- pratique la course en solitaire en mer, ainsi que les compétitions de motonautisme et leurs essais préparatoires,
- pratique la plongée sous marine avec bouteilles ou la spéléologie,
- conduit un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur,
- se trouve en état d'ivresse manifeste ou avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le code de la route en vigueur au moment de l'accident corporel.

La charge de la preuve du lien de causalité entre le comportement de l'assuré et l'événement (accident corporel ou maladie) incombe à l'Assureur.

(*) Sports dangereux : hockey sur glace, sports aériens, pêche sous-marine nécessitant l'emploi d'un scaphandre autonome, ski nautique, ascension en montagne sans le concours d'un guide, saut à l'élastique, spéléologie, sports de combat.

SURVENANT :

- pendant une période de suspension de la garantie.

NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS CORPORELS :

- toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral...), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.

➔ QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS ?

➔ Nous ne garantissons pas les arrêts de travail

Causés par :

- une absence de soins indispensables, ou le non respect du traitement médical prescrit,
- une cure d'amaigrissement non prescrite médicalement.

La charge de la preuve du lien de causalité entre le comportement de l'assuré et l'événement (accident corporel ou maladie) incombe à l'Assureur.

Survenant :

- pendant la durée des congés légaux de maternité et paternité qui correspond à la période indemnisée par le régime obligatoire.

Dus :

- au traitement de l'infertilité et de la stérilité.
- à des traitements prescrits à l'assuré dans une ville d'eau, une station balnéaire ou climatique, les séjours en cure thermale ou thalassothérapie.

(Toutefois les demandes qui seront faites à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie garantis feront l'objet d'un examen par notre Médecin Conseil en vue d'une éventuelle prise en charge).

→ LA VIE DE VOTRE CONTRAT

📌 Formation et durée de votre contrat

📌 Formation de votre contrat

Votre contrat est valable dès qu'il a fait l'objet d'un accord entre vous et nous.

Il produit ses effets à partir de la date mentionnée aux conditions particulières.

Les conditions d'assurance sont déterminées par l'assureur en fonction des éléments que vous avez déclarés dans la proposition d'assurance (bulletin d'adhésion), et le cas échéant dans tout autre document demandé par l'assureur (annexe à la proposition d'assurance (bulletin d'adhésion), le Questionnaire Médical Confidentiel...).

La durée de validité du Questionnaire Médical Confidentiel est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Au-delà de cette durée de 3 mois, si votre contrat n'est pas conclu, vous devez compléter un nouveau Questionnaire Médical Confidentiel.

L'assureur peut :

- accepter votre demande :
 - au taux normal de cotisation et sans restriction,
 - selon le ou les élément(s) mentionné(s) sur l'annexe à la proposition d'assurance (bulletin d'adhésion) : en appliquant une franchise sur certaines pathologies et/ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties, et/ou en proposant des aménagements de tarification,
- ajourner votre demande, la demande d'assurance pourra être représentée pour une nouvelle étude à une date ultérieure fixée par le service médical en fonction de votre pathologie,
- refuser votre demande.

L'acceptation de l'assureur sera matérialisée par la remise des conditions particulières qui récapitulent l'ensemble de vos garanties.

Les présentes conditions générales vous précisent le fonctionnement de votre contrat et le contenu de vos garanties.

📌 Durée de votre contrat

Votre contrat, conclu jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription, est reconduit chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction.

Vous avez la possibilité de mettre un terme à votre souscription en nous prévenant avec un préavis de deux mois avant le 31 décembre de chaque année. La résiliation de votre contrat doit nous être notifiée par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (mail, espace client sur Maaf.fr et sur l'application mobile « MAAF & Moi »). Dans tous les cas, nous vous confirmerons par écrit la réception de votre demande de résiliation.

C'est un contrat à tacite reconduction dont la durée de reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à une année.

La tacite reconduction peut être dénoncée dans les conditions prévues au paragraphe « dénonciation de la tacite reconduction ».

📌 Déclaration du risque

📌 POUR NOUS PERMETTRE D'ÉTABLIR LE CONTRAT ET CALCULER LA COTISATION, LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSURÉ DOIVENT :

- lors de la souscription, et en cas de demande d'augmentation de garanties, répondre avec précision aux questions posées

à la demande de souscription (notamment âge, activité professionnelle...) au Questionnaire Médical Confidentiel selon la (ou les) garantie(s) souscrite(s) et, s'il lui en est fait la demande, se soumettre à une visite médicale ;

- en cours de contrat, nous informer, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, des modifications suivantes :
 - d'une cessation définitive d'activité professionnelle. Dans ce cas, l'Assurance Perte de Revenus est sans objet puisqu'il n'y a plus exercice de l'activité professionnelle,
 - d'un changement d'activité professionnelle de l'assuré.

Si cette modification aggrave le risque, nous pouvons soit :

- résilier votre contrat avec un préavis de 10 jours si votre nouvelle activité professionnelle fait partie de celles que nous ne garantissons pas,
- vous proposer un nouveau taux de cotisation. Dans cette hypothèse, vous pouvez résilier votre contrat dans un délai de 30 jours après en avoir eu connaissance. La résiliation prendra effet un mois après réception de votre notification.

● Déclaration des autres assurances

Si vous êtes assuré auprès d'un ou plusieurs assureurs pour le risque Perte de Revenus que nous garantissons, vous devez nous faire connaître leur identité préalablement à la souscription.

📌 QUE SURVIENT-IL SI VOUS OMETTEZ UNE INFORMATION OU LA DÉCLAREZ INEXACTEMENT ?

- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part, à l'adhésion ou au cours de l'adhésion, lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, même si elle a été sans influence sur le règlement de prestations entraîne la nullité du présent contrat.

Deux conséquences en découlent :

- les cotisations payées nous sont acquises et nous avons droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes les cotisations échues,
- vous ou les bénéficiaires devez nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat.

- Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle de votre part entraîne soit la résiliation du contrat, soit l'augmentation des cotisations, soit la diminution des prestations, en application des dispositions prévues par le Code des assurances.

En l'absence de mauvaise foi, nous pouvons :

- Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant sinistre :
 - MAAF Assurances SA a le droit de maintenir l'adhésion individuelle moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le souscripteur. À défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin 10 jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée. MAAF Assurances SA restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
- Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après sinistre :
 - l'indemnité est réduite en proportion du taux de la cotisation payé par rapport au taux de la cotisation qui aurait été dû si vous aviez complètement et exactement déclaré le risque.

La preuve de la réticence ou du caractère intentionnellement faux de vos déclarations nous incombe.

📌 Diminution du risque ou suppression du risque

En cas de diminution du risque, vous pouvez demander une réduction des cotisations à échoir. Si vous ne l'obtenez pas, vous pouvez résilier le contrat et nous vous remboursons alors la portion de cotisation pour la période où le risque n'a pas couru. La résiliation prendra effet 30 jours après la dénonciation. En cas de suppression du risque, vous devez nous informer dans un délai de 3 mois de la cessation définitive de votre activité professionnelle par l'envoi de votre demande de résiliation. Le contrat est sans objet à la date de cessation de votre activité.

📌 Augmentation des garanties en cours de contrat

Les augmentations suivantes nécessitent de nouvelles formalités médicales à l'issue desquelles l'assureur se prononcera (cf Chapitre « la vie de votre contrat », paragraphe « formation de votre contrat ») :

- l'augmentation du montant des indemnités journalières (garantie I),
- l'augmentation de la durée d'indemnisation des indemnités journalières (garantie I),
- la souscription de l'option « ½ indemnité en cas de reprise partielle d'activité » (garantie I),
- le changement de franchise,
- la souscription de la garantie rente invalidité (garantie II),
- l'augmentation du montant de la rente invalidité (garantie II).

L'acceptation de l'assureur sera matérialisée par la remise des nouvelles conditions particulières qui se substitueront entièrement aux anciennes conditions contractuelles appliquées avant l'augmentation des garanties.

Le nouveau montant, les nouvelles garanties, et les nouvelles conditions d'indemnisation faisant suite aux nouvelles formalités d'admission prennent effet à la date d'acceptation par l'assureur dans les conditions suivantes :

- en cas d'accident corporel : à compter de la date de prise d'effet des nouvelles garanties ou de l'augmentation,
- **en cas de maladie : un délai de carence est appliqué sur les nouvelles garanties ou sur la fraction des prestations qui résulte de la majoration, pendant 3 mois après la date de leur prise d'effet.**

Les nouvelles conditions d'indemnisation (exclusions) s'appliqueront sur les nouvelles garanties ou sur la fraction des prestations qui résulte de la majoration.

📌 Prescription

Article L114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union 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 du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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.

Article L114-3 du Code des assurances

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.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription telles qu'énoncées dans le Code civil :

Article 2240

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241

La demande en justice, même en référé, 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 2242

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243

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 2244

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 2245

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 2246

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Cessation de votre contrat

Votre contrat cesse de produire ses effets lorsque la tacite reconduction est dénoncée ou lorsqu'il est résilié dans les cas et sous les conditions exposés aux paragraphes suivants.

Dénonciation de la tacite reconduction

La tacite reconduction peut être dénoncée par vous, deux mois au moins avant la fin de chaque période annuelle d'assurance.

Pour nous, cette dénonciation ne peut toutefois vous être notifiée que dans les 2 ans qui suivent la souscription du contrat pour toutes les garanties.

La dénonciation de la tacite reconduction de votre contrat doit nous être notifiée par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (mail, espace client sur Maaf.fr et sur l'application mobile « MAAF & Moi »), au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Dans tous les cas, nous vous confirmerons par écrit la réception de votre demande de résiliation.

La résiliation

DANS QUEL CAS VOTRE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?

PAR VOUS :

- en cas de diminution du risque si nous refusons de réduire votre cotisation en conséquence. La résiliation prend effet un mois après que nous ayons reçu votre demande,
- en cas de majoration du taux de votre cotisation. Vous pouvez dans ce cas résilier votre contrat dans les 30 jours où vous avez connaissance de l'augmentation de la cotisation. La résiliation prend effet un mois après que nous ayons reçu votre demande,
- la résiliation est possible en cas de survenance d'un des événements suivants, sur présentation de tout document attestant du changement, lorsque le changement modifie le risque assuré antérieurement (notamment modification de la tarification) :
 - changement de domicile
 - changement de situation matrimoniale
 - changement de régime matrimonial
 - changement de profession
 - retraite professionnelle : voir paragraphe la résiliation "DE PLEIN DROIT"
 - cessation définitive de l'activité professionnelle : votre demande doit nous parvenir au plus tard, 3 mois suivant la date d'arrêt de votre activité.

La résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement. La résiliation prend effet un mois après réception de votre notification qui indique la nature et la date de l'événement (avec les justificatifs requis) en donnant toutes précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement.

Nous vous remboursons la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation. Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à MAAF Assurances SA dans les cas de résiliation susmentionnées.

PAR NOUS :

en cas :

- de non paiement de votre cotisation.
- d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat si vous refusez la révision de votre cotisation,
- lorsque vous installez votre domicile hors de la France métropolitaine ou des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM),
- si votre nouvelle activité professionnelle fait partie de celles que nous ne garantissons pas.

DE PLEIN DROIT :

- à la date du décès de l'assuré,
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'assuré dans le cadre de son régime obligatoire d'assurance vieillesse sans que cette date puisse excéder :
 - les 67 ans de l'assuré par différence de millésime, pour la garantie I indemnité journalière,
 - les 65 ans de l'assuré par différence de millésime, pour la garantie II rente invalidité,
- à la date de la cessation définitive de l'activité professionnelle de l'assuré.

COMMENT EST RÉSILIÉ VOTRE CONTRAT ?

Vous en prenez l'initiative

La résiliation de votre contrat doit nous être notifiée par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (mail, espace client sur Maaf.fr et sur l'application mobile « MAAF & Moi »). Dans tous les cas, nous vous confirmerons par écrit la réception de votre demande de résiliation. Cette demande doit nous être adressée en respectant le délai prévu pour notifier votre décision.

Nous en prenons l'initiative

Nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée dans les délais prévus pour notifier notre décision, les délais courant à partir de la date de présentation de la lettre.

SORT DE VOTRE COTISATION

Si votre contrat est résilié au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la portion de cotisation perçue d'avance concernant la période postérieure à la résiliation, sauf lorsque la résiliation résulte d'une fausse déclaration intentionnelle de votre part ou du non-paiement de l'intégralité de la cotisation due (dans le cadre d'un non-paiement, cette portion nous est due à titre d'indemnité, ce montant ne peut toutefois être supérieur à six mois de cotisation).

→ QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL, MALADIE ?

Nous nous réservons le droit de faire contrôler votre état par notre service médical.

Le règlement des indemnités est effectué après avoir obtenu l'avis de notre service médical sur les documents que l'assuré nous a transmis, et, le cas échéant, après expertise médicale.

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'assuré puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

Lors de l'examen médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant ou un autre médecin de son choix.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES I ET II

📌 En cas d'incapacité temporaire totale de travail

Lorsqu'un arrêt est prescrit par votre médecin traitant, vous devez, sous peine de perdre vos droits à garantie (si le retard nous cause un préjudice), nous adresser dans les 5 jours ouvrés, sauf cas fortuit ou de force majeure, une déclaration nous faisant part de la nature de la maladie ou des causes et circonstances de l'accident corporel. Si vous effectuez une déclaration en dehors de ces délais, vous perdrez votre droit à indemnité si votre retard nous a causé un préjudice. La déclaration doit comporter les nom, prénom, date de naissance et domicile de la personne blessée, le numéro du sociétaire, la date, le lieu et les circonstances de l'accident corporel et, si possible, les noms et adresses des témoins.

Il doit en outre être fourni, au fur et à mesure qu'ils vous sont délivrés :

- l'avis d'arrêt de travail,
- un certificat médical précisant la nature de la maladie, et/ou des lésions constatées, et indiquant la durée prévisible de l'incapacité,
- les certificats de prolongation d'arrêt : si vous omettez de nous les transmettre, les versements des indemnités sont suspendus. Ils reprennent avec effet au jour de la suspension lorsque vous régularisez votre situation,
- le certificat de reprise totale ou partielle du travail.

Les certificats médicaux descriptifs sont à adresser sous pli confidentiel à MAAF Assurances SA à l'attention du service médical.

En outre, avant le règlement des prestations à l'assuré, MAAF Assurances SA se réserve le droit de demander les justificatifs de ses revenus.

Conformément à l'article L113-11¹ du Code des assurances, tout assuré et/ou bénéficiaire qui, intentionnellement, fait de fausses déclarations sur l'existence, la nature, les causes, circonstances ou conséquences d'un accident corporel, ou emploie comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, est entièrement déchu de tous ses droits à garantie ; le cas échéant l'assuré et/ou bénéficiaire devra donc nous rembourser toute somme versée à l'occasion de l'accident corporel ou de la maladie en cause.

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part, à l'adhésion ou au cours de l'adhésion, lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, même si elle a été sans influence sur le règlement de prestations entraîne la nullité du présent contrat.

Conformément à l'article L113-9 du Code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle de votre part entraîne soit la résiliation du contrat, soit l'augmentation des cotisations, soit la diminution des prestations, en application des dispositions prévues par le Code des assurances.

La preuve de la réticence ou du caractère intentionnellement faux des déclarations de l'adhérent nous incombe.

📌 Clause d'arbitrage

Le règlement des indemnités est effectué après avoir obtenu l'avis de notre service médical sur les documents que l'assuré ou les bénéficiaires nous ont transmis, et, le cas échéant, après expertise médicale.

Afin de juger de l'ouverture, du maintien ou de la suspension des droits à prestations pour les garanties autres que le décès, l'assuré doit se soumettre aux visites médicales ou contrôles que nous estimons nécessaires ; à défaut, notre garantie ne s'appliquerait pas.

En cas d'avis défavorable de notre service médical sur le maintien du droit à prestations, le versement des indemnités est supprimé.

En cas de désaccord d'ordre médical appuyé par un certificat médical motivé, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical. L'expert arbitre sera choisi d'un commun accord sur la liste de trois noms d'experts judiciaires proposée par MAAF. Le tiers expert sera missionné sous la forme d'un protocole d'accord reprenant la mission d'expertise initiale, co-signé entre l'assuré et la MAAF, la décision de l'expert s'imposant alors aux parties.

En cas de désaccord sur le choix du tiers arbitre, sa désignation sera effectuée par le président du Tribunal Judiciaire de votre domicile sur requête.

Chaque partie prendra en charge les frais de son expert et la moitié des frais de l'expert arbitre.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du tiers expert revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées.

Lors de l'examen médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant ou un autre médecin de son choix.

Montant et paiement de votre cotisation

La cotisation est le prix des garanties pour assurer le risque déclaré.

Le montant de votre cotisation, est établi en fonction de :

- l'âge de l'assuré à la date d'effet de l'adhésion puis à la date de reconduction de l'adhésion. L'âge est calculé par différence de millésime, c'est à dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance de l'assuré.
- l'activité professionnelle de l'assuré,
- la (ou des) garantie(s) souscrite(s) et du montant souscrit pour chacune des garanties,
- les options souscrites,
- la catégorie et la durée de la franchise,
- la durée d'indemnisation choisie (1 an ou 3 ans),
- le statut de l'assuré (salarié ou travailleur non salarié),
- d'une éventuelle majoration pour tenir compte de risques particuliers éventuellement constatés lors de l'adhésion.

Ce montant est indiqué sur vos conditions particulières puis chaque année sur l'avis d'échéance.

La cotisation est payable par l'un des moyens suivants : prélèvement automatique sur compte bancaire (hors Livret d'épargne) ou chèque adressé à MAAF Assurances SA ou remis à votre conseiller, selon le fractionnement choisi et indiqué aux conditions particulières.

La cotisation TTC peut être réglée en paiement annuel, l'échéance de paiement est alors fixée au 1^{er} janvier.

Dans le cas d'un règlement annuel, si vous avez souscrit au prélèvement automatique, votre cotisation contrat TTC inclut une remise de 1%. Aucun frais d'échéance n'est facturé en cas de paiement annuel.

La cotisation TTC peut être réglée en plusieurs fois :

- paiement semestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet,
- paiement trimestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre,
- paiement mensuel en 10 fois, de janvier à octobre,
- paiement mensuel en 12 fois, de janvier à décembre.

Lorsque vous souhaitez payer le montant de votre cotisation selon une périodicité de paiement autre qu'annuelle, les frais mentionnés au tableau ci-après sont appliqués.

Les frais de fractionnement et d'échéance sont révisibles chaque année. En cas d'évolution à la hausse de ces frais, vous en êtes tenus informés sur votre avis d'échéance. Si vous n'acceptez pas cette majoration, vous pouvez, dans les trente jours où elle a été portée à votre connaissance, résilier votre contrat.

● Quand doit-elle être payée ?

Dès la souscription de votre contrat, vous êtes redevable du prorata de cotisation allant de la prise d'effet jusqu'à la prochaine échéance annuelle.

Vous recevez votre calendrier de paiement, qui vous précise, selon le fractionnement choisi, les montants et dates d'échéance de paiement de l'année en cours.

Puis à chaque échéance annuelle, fixée au 1^{er} janvier, vous recevez votre avis d'échéance précisant les montants et dates des échéances de la nouvelle année.

	Les frais de fractionnement inclus dans la cotisation TTC ⁽¹⁾	Les frais d'échéance ou frais de gestion annuels, facturés une seule fois, quel que soit le nombre de contrats présents sur votre avis d'échéance ⁽²⁾
Paiement annuel de vos cotisations	pas de frais remise de 1% (incluse dans la cotisation) en cas de paiement par prélèvement automatique	pas de frais
Paiement semestriel de vos cotisations	2,50 %	3 €
Paiement trimestriel de vos cotisations	4 %	6 €
Paiement mensuel de vos cotisations (10 ou 12 fois)	4 %	15 € en paiement 10 fois 18 € en paiement 12 fois

(1) Par exemple en cas de paiement mensuel en 12 fois, si le tarif annuel TTC de votre contrat est de 250 €, le montant des frais inclus dans votre cotisation est : $(250 - 250/1,04) = 9,61$ €

(2) Par exemple en cas de paiement mensuel en 12 fois, 18 € de frais d'échéance seront facturés sur votre avis d'échéance annuel au 01/01 de chaque année, quel que soit le nombre de contrats présents sur votre avis d'échéance.

● Que se passe-t-il en cas de non paiement ?

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, nous adressons, à votre dernier domicile connu, **une lettre recommandée dont les frais liés à l'envoi sont à votre charge** et qui, sauf paiement entre-temps :

- suspend les garanties à l'expiration d'un délai de 30 jours,
- résilie le contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours.

Même si le contrat est suspendu pour non-paiement d'une cotisation, vous devez payer les cotisations venant ultérieurement à échéance.

En cas de résiliation, nous conservons, à titre d'indemnité, la part de cotisation relative à la période comprise entre le jour de la résiliation et celui de la prochaine échéance. Toutefois, cette part de cotisation ne peut être supérieure à 6 mois de cotisations.

Le contrat non résilié reprend ses effets le lendemain à midi du jour où nous avons reçu le règlement de l'intégralité des sommes dont vous nous êtes redevables.

🕒 Évolution de votre cotisation

➔ EXONÉRATION

Le souscripteur est dispensé du paiement de la cotisation pendant toute la période d'indemnisation au titre du présent contrat.

La cotisation encaissée pour une période postérieure au début de l'arrêt de travail indemnisé vous sera remboursée.

Ce remboursement est calculé sur une période qui commence au lendemain de l'arrêt de travail et se termine :

- au 31/12 de l'année en cours (année N), si l'arrêt de travail a débuté avant l'émission de l'avis d'échéance.

ou

- au 31/12 de l'année suivante (année N+1), si l'arrêt de travail a débuté entre l'émission de l'avis d'échéance et le 31/12 de l'année en cours.

À la fin de la période d'indemnisation, le souscripteur doit régler la cotisation due pour la période restante.

Cette période commence au lendemain de l'arrêt de travail et se termine :

- au 31/12 de l'année en cours (année N), si l'arrêt de travail se termine avant l'émission de l'avis d'échéance.

ou

- au 31/12 de l'année suivante (année N+1), si l'arrêt de travail se termine entre l'émission de l'avis d'échéance et le 31/12 de l'année en cours.

➔ MODIFICATION DU MONTANT DE LA COTISATION

La modification de votre cotisation peut avoir pour motif :

EN COURS D'ANNÉE :

- un changement de votre activité professionnelle,
- un changement de votre statut (salarié ou travailleur non salarié),
- une modification de la franchise,
- une modification de la durée d'indemnisation,
- une modification de la garantie et/ou du montant des indemnités journalières et/ou l'ajout de la garantie II,
- une modification des options souscrites.

À L'ÉCHÉANCE :

- votre âge,
- la revalorisation des garanties (voir chapitre sur « la revalorisation »),
- un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût moyen des sinistres),
- une modification législative ou réglementaire,
- une modification de la part de la cotisation rente d'invalidité affectée au fonds de revalorisation (voir chapitre sur « la revalorisation »).

Quels sont alors vos droits ?

Si vous n'acceptez pas cette modification vous pouvez, dans les 30 jours où elle a été portée à votre connaissance, résilier le contrat. La garantie est maintenue jusqu'à la résiliation qui prend effet un mois après que nous ayons reçu votre demande.

🗨️ Adaptation de vos garanties

Vos garanties sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale. Cette évolution est déterminée par différence entre les deux valeurs des deux années précédentes.

🗨️ Revalorisation des indemnités en cours de service

Les indemnités journalières en cours de service sont revalorisées chaque année au 1^{er} Janvier dans les conditions prévues ci-dessus (voir § Adaptation de vos garanties).

La rente annuelle en cours de service est revalorisée chaque année au 1^{er} janvier dans les conditions prévues ci-dessus (voir paragraphe Adaptation de vos garanties) mais dans la limite du FONDS DE REVALORISATION constitué de la façon suivante :

- chaque année au 31 décembre, 10 % des cotisations (*) versées au titre de la garantie Rente d'Invalidité sont affectés au fonds de revalorisation ;
- chaque année, après la clôture de l'exercice, nous établissons un compte qui enregistre :

AU CRÉDIT

- les cotisations versées au titre de la garantie Rente d'Invalidité nettes des frais d'acquisition, de gestion et du prélèvement de 10 % (*) prévu ci-dessus,
- la provision mathématique des rentes au 31 Décembre de l'exercice précédent,
- les capitaux constitutifs des revalorisations de rentes prélevés au cours de l'exercice sur le fonds de revalorisation,
- les intérêts nets d'impôts produits au cours de l'exercice par la provision mathématique des rentes et le fonds de revalorisation des rentes constitués au 31 Décembre précédent,
- l'éventuel solde, en notre faveur, des opérations de Réassurance au 31 décembre de l'exercice.

(*) Afin d'assurer une revalorisation des rentes en cours, une modification de ce taux peut être décidée par le Conseil d'Administration, avant l'échéance, en fonction des besoins du fonds de revalorisation. Cette décision peut être accompagnée d'une augmentation de la cotisation conformément au chapitre « votre cotisation », paragraphe « Modification du taux de la cotisation ».

AU DÉBIT

- l'éventuel solde débiteur du compte de l'exercice précédent,
- les arrrages de rente réglés au cours de l'exercice,
- la provision mathématique des rentes au 31 décembre de l'exercice,
- les frais de service des rentes fixés à 3 % des arrrages ci-dessus,
- l'éventuel solde, en faveur des Réassureurs, des opérations de Réassurance au 31 décembre de l'exercice :
 - Si le solde est créditeur, 90 % de son montant sont affectés au fonds de revalorisation.
 - Si le solde est débiteur, son montant est reporté au débit du compte de résultat de l'exercice suivant.

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Assistance aux personnes

MAAF ASSISTANCE EST À VOTRE ÉCOUTE 24H/24.

0 800 16 17 18 Service & appel gratuits

(Appel gratuit depuis un poste fixe - surcoût éventuel selon opérateur)

DE L'ÉTRANGER +33 5 49 16 17 18

Sourds et malentendants

SMS : 06 78 74 53 72

L'assistance aux personnes vous permet de bénéficier :

- d'une assistance à l'occasion d'un déplacement privé ou professionnel,
- d'un accompagnement psychologique lorsque vous avez subi un traumatisme psychologique.

Ces garanties sont assurées par MAAF Assurances (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le Code des assurances - RCS NIORT 781 423 280 - Code APE 6512Z - Chaban 79180 Chauray).

- **Assistance et assurance : l'intervention de votre Assistance n'implique pas automatiquement la prise en charge du sinistre au titre des garanties d'assurance de votre contrat.**

Les prestations assistance aux personnes ne s'appliquent qu'une seule fois par événement, même si elles figurent dans plusieurs des contrats que vous avez souscrits.

LES BÉNÉFICIAIRES

- **Vous**, l'assuré (souscripteur du contrat ou personne désignée aux conditions particulières),
- **votre conjoint** vivant sous votre toit que vous soyez marié, lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant en concubinage,
- **vos enfants mineurs,**
- **ainsi que toute autre personne fiscalement à charge** vivant habituellement sous votre toit.

Les bénéficiaires doivent obligatoirement être domiciliés en France*.

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

LES DÉPLACEMENTS SONT GARANTIS :

- en France*, pour les événements survenus à plus de 50 km de votre domicile,
- à l'étranger, dans le monde entier :
 - à l'occasion d'un déplacement à titre privé, **pendant une durée maximale d'un an,**
 - à l'occasion d'un déplacement à titre professionnel, **d'une durée maximale de trois mois.**

Quel que soit l'événement garanti, le lieu du retour est celui du domicile en France*.

L'ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL OU DE MALADIE :

● Définitions

L'accident corporel : toute atteinte corporelle résultant d'un choc traumatique, violent, soudain et imprévu, provoqué par une cause extérieure à l'assuré victime.

La maladie est une altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage ou du séjour.

Exclusions

- **les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé,**
- **les retours pour greffe d'organe, si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.**

● Prestations

Rapatriement : sur décision de ses médecins, votre Assistance organise et prend en charge le rapatriement du bénéficiaire jusqu'à son domicile en France* ou dans un hôpital adapté le plus proche de son domicile en France*. Les médecins de votre Assistance déterminent le moyen de transport à utiliser.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins de votre Assistance, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

Attente sur place d'un accompagnant : lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, votre Assistance organise et participe à l'hébergement (hôtel et petit déjeuner uniquement) d'une personne restée au chevet du bénéficiaire à concurrence de 70 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

Le retour en France* de l'accompagnant est pris en charge s'il ne peut utiliser les moyens initialement prévus⁽¹⁾.

Présence d'un proche : si le patient doit rester hospitalisé plus de 7 jours et qu'aucune personne n'est à son chevet, votre Assistance organise et prend en charge les frais de transport aller et retour au départ de la France* d'un proche et les frais d'hébergement (hôtel et petit déjeuner uniquement) de ce dernier à concurrence de 70 € par jour dans la limite de 7 jours. **Cette prestation ne se cumule pas avec celle de l'attente sur place d'un accompagnant.**

Lorsque le blessé ou le malade est âgé de moins de 16 ans et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge quelle que soit la durée de l'hospitalisation⁽¹⁾.

Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger : le bénéficiaire doit avoir la qualité d'assuré auprès d'un organisme français d'assurance maladie.

En complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité sociale et de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance auquel il est affilié, votre Assistance prend en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés à l'étranger à concurrence de 80 000 € TTC par bénéficiaire.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de votre Assistance et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

En cas d'hospitalisation onéreuse, dans la limite de ces mêmes 80 000 € TTC, votre Assistance fait l'avance au bénéficiaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés à l'étranger, dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux.

La prise en charge cesse du jour où le bénéficiaire peut d'un point de vue médical être rapatrié.

(1) Le déplacement s'effectue en 2^e classe pour les trajets en train et en classe économique pour les trajets en avion.

* France métropolitaine ou DROM

➔ VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Dès son retour, le bénéficiaire (ou ses ayants droit) s'engage à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes sociaux auxquels il est affilié et à reverser immédiatement à votre Assistance toute somme perçue par lui à ce titre accompagnée des décomptes originaux correspondants. A défaut, il (ou ses ayants droit) s'expose à des poursuites judiciaires et toute nouvelle avance sera refusée.

Exclusions

- les frais consécutifs à un accident corporel** ou une maladie constatée médicalement avant la prise d'effet de la garantie,
- les frais occasionnés par le traitement d'un état pathologique, physiologique ou physique constaté médicalement avant la prise d'effet de la garantie à moins d'une complication nette et imprévisible,
- les frais de prothèse internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- les frais engagés en France métropolitaine où dans les DROM, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident corporel** ou une maladie survenus en France ou à l'étranger,
- les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos, les frais de rééducation.

Conseil : si vous voyagez dans l'Espace Économique Européen ou en Suisse, munissez-vous de la Carte européenne d'assurance maladie qui vous permettra de bénéficier de la prise en charge des soins médicaux nécessaires à l'occasion de vos séjours temporaires. Elle peut être obtenue sur simple demande auprès de votre organisme de Sécurité sociale.

Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, votre Assistance recherche, sur le lieu de séjour, les médicaments (prescrits ou leurs équivalents) indispensables à votre santé. A défaut de pouvoir se les procurer sur place et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, votre Assistance organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments ainsi que, si la nécessité le justifie, de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.

Le coût de ces médicaments et matériels reste à la charge du bénéficiaire.

L'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

● Prestations

Décès d'un bénéficiaire

Votre Assistance organise et prend en charge le transport du corps du bénéficiaire depuis le lieu de la mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques en France*.

La prise en charge inclut les frais de préparation, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante.

Si un accompagnant doit rester sur place dans l'attente du rapatriement du corps, votre Assistance prend en charge son retour en France s'il ne peut utiliser les moyens initialement prévus⁽¹⁾.

Si la présence sur place d'un membre de la famille du bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de rapatriement du corps, votre Assistance met à sa disposition un titre de transport aller et retour⁽¹⁾.

(1) Le déplacement s'effectue en 2^e classe pour les trajets en train et en classe économique pour les trajets en avion.

* France métropolitaine ou DROM

** Cf. lexique

Exclusions

- les autres frais d'obsèques (frais de cérémonie, de convoi, d'inhumation ...) restent à la charge de la famille.

Décès d'un proche (conjoint, ascendant, descendant, frère ou sœur)

Lorsqu'un bénéficiaire doit interrompre son voyage pour assister aux obsèques de l'un de ses proches (conjoint, ascendant, descendant, frère ou sœur du bénéficiaire), votre Assistance organise et prend en charge le transport du bénéficiaire depuis son lieu de séjour jusqu'au lieu d'inhumation en France*. Si nécessaire, votre Assistance organise et prend en charge le retour du bénéficiaire sur son lieu de séjour⁽¹⁾.

FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

● Prestation

En cas d'accident corporel** lié à la pratique du ski alpin ou de fond ou à la pratique de la luge, sur pistes balisées et réglementées et hors compétition sportive, votre Assistance prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident corporel** jusqu'à la structure médicale adaptée, sans franchise kilométrique.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, nous intervenons également dans l'organisation et la prise en charge :

- **du retour au domicile en France* des autres bénéficiaires** si l'événement garanti les empêche de rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus⁽¹⁾,
- **du retour au domicile en France* des enfants de moins de 16 ans non accompagnés :** votre assistance organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche parent désigné par le bénéficiaire pour accompagner l'enfant dans son déplacement ou si le voyage d'un proche n'est pas possible, fait accompagner l'enfant par une personne habilitée⁽¹⁾,
- **du retour au domicile en France* des animaux de compagnie** lorsque personne n'est en mesure de s'occuper d'eux. Si les animaux sont blessés, ils sont confiés au service vétérinaire le plus proche avant d'être ramené au domicile de leur propriétaire ou d'un proche par les moyens les plus appropriés,
- **en cas d'accident corporel grave ou de maladie grave affectant un membre de la famille du bénéficiaire en déplacement** (conjoint, ascendant ou descendant, frère, sœur) votre Assistance après accord de son médecin, organise et prend en charge le transport du bénéficiaire afin de lui permettre de venir au chevet du proche en France. Si nécessaire, votre Assistance organise et prend en charge le retour du bénéficiaire sur son lieu de séjour⁽¹⁾.

Accident corporel grave : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, constatée par un docteur en médecine et interdisant tout déplacement par ses propres moyens et comportant un traitement intensif avec en général hospitalisation pour soins.

Maladie grave : altération brutale de l'état de santé, constatée par un docteur en médecine, impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre, et comportant un pronostic réservé ou une évolution longue nécessitant un traitement médical intensif avec, en général, hospitalisation pour bilans et soins.

Des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages peuvent également être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques...).

➔ VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

CONDITIONS D'INTERVENTION

- Les dépenses engagées sans l'accord préalable de votre Assistance, resteront, à votre charge, de même que les dépenses que vous auriez dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention.
- Lorsque votre Assistance organise et prend en charge un rapatriement ou un transport, il est demandé au bénéficiaire d'utiliser son titre de voyage.
- Lorsque votre Assistance a assuré à ses frais le retour du bénéficiaire, il est demandé à ce dernier d'effectuer les démarches nécessaires au remboursement de ses titres de transport non utilisés, et de reverser le montant perçu à votre Assistance, sous un délai maximum de 3 mois suivant la date du retour.
- Les délais d'intervention et les prestations de votre Assistance sont fonction de la gravité de la situation locale et/ou des possibilités offertes par les infrastructures locales.

● Votre Assistance n'intervient pas dans les cas suivants :

- Votre Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.
- Votre Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.
- Votre Assistance ne peut se substituer aux services publics, sapeurs-pompiers notamment, auxquels il doit être fait appel en cas d'incendie, explosions, etc...

Exclusions relatives à l'ensemble des garanties d'assistance déplacement

- les convalescences et les affections (maladie, accident corporel*) en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les conséquences du suicide, de la tentative de suicide et de ses complications,
- l'organisation des recherches et secours de personnes ainsi que les frais s'y rapportant⁽¹⁾, les transports de première urgence (transports primaires) à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski en cas d'accident corporel* lié à la pratique du ski alpin ou de fond, ou à la pratique de la luge, sur pistes balisées et réglementées et hors compétition sportive,
- la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, matches, concours, rallyes, courses ou à leurs essais préparatoires,
- la participation à des paris, rixes sauf cas de légitime défense,
- toute activité avec armes à feu ou utilisation d'explosifs,
- la pratique d'un sport à titre professionnel,
- l'alpinisme de haute montagne,
- la conduite sur circuits,

- les situations à risques infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine,
- les conséquences qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, instabilité politique notoire, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et événements imprévisibles d'origine naturelle.

➔ L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Votre Assistance intervient lorsque vous avez subi un traumatisme psychologique qui peut avoir été occasionné notamment par un harcèlement dont un cyber-harcèlement, un accident de la circulation, un accident corporel, un décès, une maladie grave, un viol ou une agression physique, une catastrophe naturelle, un sinistre au domicile ou pour avoir été témoin oculaire d'un acte de violence comme un attentat, ou un acte terroriste.

Dans un 1^{er} temps votre Assistance met à votre disposition un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone pour une consultation d'une durée moyenne de 45 minutes.

Le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone sont pris en charge par votre Assistance.

Dans un 2nd temps et selon le diagnostic établi, vous pouvez bénéficier de **3 nouvelles consultations maximum** effectuées :

- soit par téléphone auprès du même psychologue,
- soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé, proche de votre domicile ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.

Le coût de ces 3 nouvelles consultations est pris en charge par votre Assistance et en cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, votre Assistance vous rembourse sur justificatifs dans la limite de 52 € par consultation.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à votre charge.

Dans les DROM, les consultations sont effectuées uniquement par téléphone ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.

La prestation « Accompagnement psychologique » est limitée à 2 événements traumatisants par bénéficiaire et par année d'assurance.

En aucun cas, il ne s'agit d'une psychothérapie par téléphone. Les prestations s'appliquent uniquement en France métropolitaine et dans les DROM, mais l'événement peut avoir lieu à l'étranger.

Exclusions

La garantie n'intervient pas :

- tout événement antérieur à 6 mois à la demande d'assistance,
- pour tout suivi psychologique alors que le bénéficiaire est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cadre d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Les renseignements juridiques (par téléphone)

Confronté à un litige dans le cadre de votre vie privée, vous pouvez obtenir par téléphone des informations juridiques et pratiques utiles à la défense de vos intérêts.

Cette garantie consiste uniquement dans la fourniture d'informations d'ordre général.

Exclusions

La prise en charge des frais de procédure.

Cette garantie est assurée par MAAF Assurances (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le Code des assurances – RCS NIORT 781 423 280 – Code APE 6512Z – Chaban 79180 Chauray).

Cette garantie est gérée par Covéa Protection Juridique Société anonyme, au capital de 88 077 090,60 euros - RCS Le Mans 442 935 227 - APE 6512 Z - TVA : FR 74 442 935 227 Siège social : 33, rue de Sydney - 72045 LE MANS CEDEX 2. Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

☞ QUI EST COUVERT ?

- **Vous**, l'assuré (souscripteur du contrat ou personne désignée aux conditions particulières),
- **votre conjoint** vivant sous votre toit que vous soyez marié, lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant en concubinage,
- **vos enfants mineurs,**
- **ainsi que toute autre personne fiscalement à charge** vivant habituellement sous votre toit.

☞ QUELLES SONT LES MODALITÉS D'INTERVENTION ?

Une équipe de juristes se tient à votre disposition du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures pour vous apporter, exclusivement par téléphone, des informations adaptées à votre situation et orienter vos démarches. Vous pouvez les contacter au 05.49.17.53.33 (numéro non surtaxé – coût selon opérateur - Le montant de la communication téléphonique reste à votre charge).

Lors de chaque appel, il vous sera demandé de vous identifier en indiquant votre numéro de client.

☞ QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?

Les domaines garantis sont les suivants :

- La consommation (paiement, après-vente, vente forcée, litige avec vendeurs...)
- L'habitation (location, construction, copropriété, viager...)
- La protection sociale (sécurité sociale, caisse de retraite, organisme de prévoyance...)
- La santé (accidents médicaux, responsabilité médicale, maladie nosocomiale...)
- La fiscalité (impôts sur le revenu, impôts locaux, taxes, redevances...)
- La justice (procédures, tribunaux compétents, rôle de l'avocat, aide juridictionnelle...)
- La vie associative
- Le travail (contrat, congés, salaires, pôle emploi, emplois familiaux ...)
- La propriété et le voisinage (trouble du voisinage, mitoyenneté, clôtures...)
- La famille (mariage, divorce, adoption d'enfants, succession...)
- Les services publics et l'administration
- Les formalités administratives (délivrance de documents administratifs, vaccins, scolarité...)
- Les loisirs (associations, agence de voyages, visas, locations saisonnières...)

Exclusions

Les litiges non régis par le droit français.

MAAF Assurances SA

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 160 000 000 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances
RCS NIORT 542 073 580 - N° TVA intracommunautaire FR 38 542 073 580 - Code APE 6512 Z

Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - maaf.fr

IDU REP Eco circulaire : FR231788_03AUB



Réf. : 2520 - 01/24