

**NOTICE D'INFORMATION
VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES**

PLAN DE PRÉVOYANCE

MÉDECINS LIBÉRAUX

CONTRAT GROUPE P16

ASSUMED



NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

UN CONTRAT NOVATEUR : POURQUOI ?

- Une offre de garanties essentielles en cas d'arrêt de travail en complément de votre régime obligatoire,
- des garanties adaptées et un barème d'invalidité spécifique à votre profession,
- une charte d'engagement sur 7 points essentiels.

UN CONTRAT ESSENTIEL : POURQUOI ?

L'ennui de santé, qu'il résulte d'une maladie ou d'un accident, est toujours une épreuve. Pour vous, professionnel libéral, celle-ci peut se doubler de graves soucis matériels si vous êtes contraint de réduire, modifier, voire cesser votre activité professionnelle.

Prendre conscience des bouleversements que peuvent entraîner ces événements, c'est avoir une attitude prévoyante. Assurer le maintien de vos revenus en cas d'arrêt de travail et protéger votre famille en cas de décès prématuré, un geste primordial.

L'offre globale du plan de prévoyance permet ainsi aux médecins de se prémunir, au sein d'un même contrat, des conséquences des accidents et maladies survenant tant au cours de l'activité professionnelle que de la vie privée.

UN CONTRAT SPÉCIFIQUEMENT PROFESSIONNEL : POURQUOI ?

Le plan de prévoyance est un contrat Groupe, mis au point en étroite collaboration avec l'Association ASSUMED⁽¹⁾, souscripteur, dont l'objectif exclusif est la réponse aux attentes de la profession en matière de prévoyance et de retraite. Les dispositions de ce contrat ont pour finalité de satisfaire de façon la plus adaptée et évolutive vos besoins de prévoyance.

Ce contrat "sur mesure", tient compte des spécificités de votre profession, et offre un parfait complément à toutes les prestations servies par votre régime obligatoire.

Enfin, au delà même du contrat, fort de notre expérience et de notre savoir-faire en matière de prévoyance collective, nous nous engageons :

- à effectuer un bilan régulier de vos garanties pour vous assurer de leur adéquation à votre situation professionnelle et familiale, pendant toute la durée de votre plan,
- au respect d'une charte d'engagement remise avec les conditions particulières, portant sur 7 points essentiels et déterminants dans la qualité de mise en œuvre des prestations, au moment où l'ennui de santé survient.

UN CONTRAT À SOUSCRIRE LE PLUS TÔT POSSIBLE : POURQUOI ?

Les prestations de votre régime obligatoire sont souvent jugées très insuffisantes par une grande majorité de vos confrères.

Face à cette situation, ce plan de prévoyance vous apporte, point par point, tous les compléments de garanties nécessaires sur les plans professionnel et privé. Attention cependant, il s'agit ici d'un régime à adhésion facultative, ne pouvant par hypothèse prendre en charge que les événements se réalisant après l'adhésion. Ainsi, notre conseil, constant en la matière, est celui d'adhérer le plus tôt possible.

Au-delà de la qualité de nos contrats, nous restons à l'écoute de vos besoins, pour mieux y répondre.



Philippe EVEILLEAU
Président de MACSF prévoyance

(1) ASSUMED - Association pour les Assurances Médicales, 79 rue de Tocqueville, 75017 PARIS

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

UN CONTRAT FACILE À SOUSCRIRE

L'ADHÉSION : FORMALITÉS ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Qui peut adhérer ?

Tout médecin ou docteur en médecine membre de l'Association ASSUMED, Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, exerçant à titre libéral peut adhérer au plan jusqu'à la veille de son 57^{ème} anniversaire.

Comment adhérer ?

En complétant un bulletin d'adhésion et un questionnaire médical. Ce dernier est adressé à l'attention du Médecin Conseil sous pli confidentiel. Le Comité Médical d'Admission a la possibilité, avant accord définitif, de demander des renseignements complémentaires et/ou un examen médical. Les frais d'examen sont remboursés dès le paiement de la première cotisation dans les conditions de l'article 3 de la présente notice d'information valant conditions générales.

UN CONTRAT ÉVOLUTIF

Le plan de prévoyance, par la souplesse de son fonctionnement, s'adapte parfaitement à toutes les étapes de votre vie privée et professionnelle.

Ainsi, en cours de contrat, vous pouvez :

- souscrire de nouvelles garanties professionnelles et privées.
- augmenter les montants de vos garanties professionnelles et privées.

UN CONTRAT TRANSPARENT

A l'adhésion, la cotisation se calcule en fonction de l'âge, des garanties, de l'application éventuelle d'une surprime et du niveau de convention choisis. Elle évolue chaque année au renouvellement, en fonction de l'âge atteint au 1^{er} janvier.

Les cotisations et les garanties sont indexées chaque année en fonction d'un taux retenu d'un commun accord entre la MACSF prévoyance et l'ASSUMED.

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique selon les modalités prévues sur le bulletin d'adhésion.

Dès l'acceptation de l'adhésion, vous recevrez à nouveau la notice d'information valant conditions générales et les conditions particulières qui font état des garanties retenues et de leurs cotisations.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

INTRODUCTION

Le présent contrat relève du régime des assurances de groupe régi par le Code des Assurances.

Il est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61, rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

Il est souscrit par :

l'ASSUMED (Association pour les Assurances Médicales), association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 dont le siège social est situé 79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS, représentée par son Président, et ci-après nommée "**l'association souscriptrice**",

auprès de :

la MACSF prévoyance et de la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF assurances), Sociétés d'Assurances Mutuelles, entreprises régies par le Code des Assurances, ayant toutes deux leur siège social au Cours du triangle, 10 rue de Valmy, 92800 Puteaux, représentées par leurs Directeurs Généraux et ci-après nommées "**l'assureur**",

au profit de :

tout médecin exerçant à titre libéral, relevant du régime de la Sécurité Sociale Française et ci-après nommé "**l'assuré**".

Le présent contrat est susceptible d'être co-souscrit par toute autre organisation représentative de la profession.

La Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF assurances) délègue à la MACSF prévoyance tous pouvoirs pour l'application des différentes clauses et modalités du contrat.

L'association souscriptrice et l'éventuel co-souscripteur donnent mandat à l'assureur pour l'exécution, en son nom, des dispositions prévues aux articles L.141-2 à 4 du Code des Assurances.

Le présent contrat groupe a pris effet le 1^{er} janvier 2007 et se renouvelle annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Il est souscrit dans le cadre de l'article 998 1^o du Code général des impôts.

La loi applicable est la loi française et les échanges relatifs au contrat se font en français.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

PRÉAMBULE

La MACSF prévoyance garantit le risque de décès ou celui d'invalidité fonctionnelle totale et définitive (IFTD) par accident ou maladie, avec paiement sous forme de capital ou de rente au titre des garanties suivantes :

- Capital décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive,
- Rente éducation,
- Rente de conjoint.

Ces deux dernières garanties sont éligibles au titre du dispositif fiscal "Madelin" issu de la loi du 11/02/1994 (article L.144-1 du Code des assurances).

La MACSF assurances garantit les risques de décès ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive par accident uniquement, le risque d'invalidité professionnelle définitive par accident ou maladie, avec paiement sous forme de capital au titre des garanties suivantes :

- Doublement/triplement du Capital Décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive par accident,
- Capital d'invalidité professionnelle.

La MACSF assurances garantit également les risques d'incapacité et d'invalidité par accident ou maladie avec paiement sous forme d'indemnité mensuelle au titre des garanties suivantes :

- Indemnité mensuelle frais professionnels,
- Indemnité mensuelle frais professionnels plus,
- Indemnité mensuelle de revenu,
- Invalidité plus,
- Allocation conjoint/enfant malade.

Les quatre premières garanties sont éligibles au titre du dispositif fiscal "Madelin".

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

LEXIQUE	P 8
TITRE I - LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES	P 9
ARTICLE 1 - Objet du contrat	
ARTICLE 2 - Définition des garanties	
ARTICLE 3 - Déclaration des risques	
ARTICLE 4 - Rôle du Comité Médical en cas de sinistre	
ARTICLE 5 - Sanctions	
ARTICLE 6 - Date de prise d'effet	
ARTICLE 7 - Ages limites	
ARTICLE 8 - Résiliation/Cessation/Suspension de l'adhésion individuelle et des garanties	
ARTICLE 9 - Cotisations	
ARTICLE 10 - Revalorisations	
ARTICLE 11 - Exclusions	
ARTICLE 12 - Étendue territoriale	
ARTICLE 13 - Fiscalité Madelin	
ARTICLE 14 - Droits de l'assuré	
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES DE LA SPHÈRE PRIVÉE ET MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	P 17
ARTICLE 15 - Capital Décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive	
ARTICLE 16 - Doublement/triplement du capital Décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive	
ARTICLE 17 - Rente de conjoint	
ARTICLE 18 - Rente éducation	
ARTICLE 19 - Modalités de versement des garanties de la sphère privée	
TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES DE LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE ET MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	P 19
ARTICLE 20 - Indemnités mensuelles frais professionnels et frais professionnels plus	
ARTICLE 21 - Indemnité mensuelle de revenu	
ARTICLE 22 - Prises en charge spécifiques	
ARTICLE 23 - Garantie Invalidité plus	
ARTICLE 24 - Allocation conjoint/enfant malade	
ARTICLE 25 - Capital d'invalidité professionnelle	
ARTICLE 26 - Modalités de versement des prestations de la sphère professionnelle	
TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT GROUPE	P 25
ANNEXES	P 26
ANNEXE 1 - Critères spécifiques d'adhésion	
ANNEXE 2 - Barème d'invalidité professionnelle	
ANNEXE 3 - Services d'aide à la personne	

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

LEXIQUE

Le présent lexique s'applique à l'ensemble de la présente notice d'information valant conditions générales à l'exclusion de l'annexe 3 - "Services d'aide à la personne".

ACCIDENT

Toute lésion de l'organisme provoquée par l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré.

Toutes les lésions organiques qui se révèlent avec soudaineté mais dont l'origine est interne sont exclues du champ de la notion d'accident. Il en est ainsi notamment pour les accidents vasculaires cérébraux et coronariens, et pour toutes les pathologies révélées lors d'un effort ou d'un faux mouvement.

ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Par accident de la circulation, il faut entendre celui dont l'assuré est victime :

- au cours d'un trajet à pied, sur une voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton,
- à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau, lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

Toutefois, tout accident résultant de la pratique de la navigation de plaisance ou de l'aviation légère, ne sera pas considéré comme accident de la circulation.

AGRESSION

Tout comportement intentionnel d'un tiers mettant en danger l'intégrité physique et/ou la vie de l'assuré. L'agression doit faire l'objet d'une plainte. Son récépissé de dépôt visé par le commissariat doit être adressé obligatoirement à l'assureur pour la mise en jeu des garanties du présent contrat groupe.

ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE DU CONTRAT GROUPE

L'association représentative de votre profession qui a négocié le contrat avec l'assureur, de façon à faire bénéficier ses membres adhérents des avantages d'un contrat collectif.

ASSURÉ

C'est la personne sur laquelle repose le risque d'accident, de maladie ou d'agression, qui signe la demande d'adhésion, qui est tenue au paiement des cotisations et qui bénéficie des prestations du contrat.

L'assuré doit être affilié au régime obligatoire français de la Caisse de Retraite et de Prévoyance dont il dépend.

ATTEINTES DISCOVERTÉBRALES NON ORGANIQUES

Les atteintes discovertébales non organiques sont les atteintes qui ne sont pas constatées par une technique d'imagerie médicale, notamment la radiographie, l'échographie, le scanner ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Ce sont la ou les personnes désignées par l'assuré pour recevoir le capital en cas de décès, percevoir la rente de conjoint ou la rente éducation.

CONJOINT

C'est le conjoint marié, non divorcé ni séparé de corps, ou le cosignataire de PACS de l'assuré.

CONSOLIDATION

La consolidation correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère de permanence tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier médicalement un degré d'invalidité totale ou partielle, permanente ou définitive.

INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

L'assuré est considéré comme étant en état d'invalidité fonctionnelle totale et définitive lorsqu'il est devenu incapable de se livrer à une quelconque occupation ou à un quelconque travail lui procurant gain ou profit, et doit recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les besoins de la vie courante (catégorie 3 de la sécurité sociale).

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

L'assuré est considéré en état d'invalidité professionnelle totale et définitive lorsque son taux d'invalidité professionnelle atteint ou dépasse 66% et entraîne la cessation définitive de son activité professionnelle.

Elle est appréciée en fonction du barème d'invalidité professionnelle annexé à la présente notice d'information valant conditions générales.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

IMPORTANT

Tous les termes figurant dans la présente notice d'information valant conditions générales suivis d'un astérisque (*) sont définis au lexique.

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART 1 OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir l'assuré* contre les conséquences pécuniaires découlant de maladies ou d'accidents, pouvant l'atteindre tant au cours de sa vie privée que professionnelle, dans le cadre d'une couverture globale de prévoyance assortie de services d'aide à la personne (Annexe 3).

ART 2 DÉFINITION DES GARANTIES

Les garanties sont réparties en deux sphères indépendantes au sein desquelles l'assuré choisit son niveau de garanties.

I - LA SPHÈRE PRIVÉE

(SOUSCRIPTION OBLIGATOIRE)

Cette sphère comprend les garanties suivantes :

- le Capital décès ou Invalidité fonctionnelle totale et définitive avec doublement/triplement,
- la Rente de conjoint,
- la Rente éducation.

La souscription à l'une des garanties ci-dessus est obligatoire.

II - LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE

(SOUSCRIPTION FACULTATIVE)

Elle comprend :

- **Trois garanties indissociables**
 - L'Indemnité mensuelle frais professionnels,
 - L'Indemnité mensuelle de revenu,
 - L'Allocation conjoint/enfant malade.

Pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, "l'Indemnité mensuelle frais professionnels" ne peut pas être souscrite (SEL, EURL...).

- **Trois garanties facultatives**
 - L'Indemnité mensuelle frais professionnels plus
 - la garantie Invalidité plus,
 - le Capital d'invalidité professionnelle.

Pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, "l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus" ne peut pas être souscrite (SEL, EURL...).

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES "INDEMNITÉ MENSUELLE" ET "INVALIDITÉ PLUS"

Le montant annuel total des indemnités choisies par l'assuré au titre de ces garanties ne peut excéder son revenu d'activité et ses frais professionnels fiscalement déclarés, déduction faite des prestations servies par les régimes obligatoires prévus par le Code de la Sécurité Sociale et du montant cumulé des garanties de même nature prévues en cas d'arrêt de travail par tout régime de prévoyance et/ou autre contrat d'assurance.

L'assureur se réserve la faculté :

- de vérifier à tout moment le respect de cette disposition en ramenant au plafond défini ci-dessus les garanties souscrites,
- d'adapter en cas de sinistre le niveau des indemnités mensuelles à la moyenne mensuelle de son revenu d'activité et des frais professionnels fiscalement déclarés pour les deux années précédentes.

ART 3 DÉCLARATION DES RISQUES

A - L'ASSURÉ

A l'adhésion, l'assuré est tenu de répondre de façon exacte, spontanée et complète, sans tircet ni omission, à chaque question posée permettant l'appréciation des risques par l'assureur, notamment :

- sa date de naissance,
- sa situation de famille,
- sa profession,
- ses conditions d'exercice,
- les maladies ou infirmités dont il est ou a été atteint,
- les interventions chirurgicales subies ou préconisées,
- les examens complémentaires pratiqués,
- l'existence de garanties de même nature auprès d'autres organismes,
- le niveau de ses revenus et de ses charges professionnelles de l'année N-1 figurant sur la déclaration fiscale.

Toute demande d'augmentation ou d'adjonction de garantie doit être établie dans les mêmes conditions.

Il est précisé que le changement d'option de franchise pour une franchise réduite en cas d'incapacité de travail est assimilé à une augmentation de garantie au titre de l'ensemble des dispositions du présent contrat.

Tout dossier incomplet ne pourra pas être examiné par le Comité Médical d'Admission et sera retourné à l'assuré.

En cours de contrat, l'assuré est tenu de déclarer les modifications ou circonstances nouvelles affectant les réponses apportées lors de l'adhésion, l'assureur se réservant la possibilité d'adapter les garanties en cours à la nouvelle situation personnelle :

- changement de situation familiale,
- changement de profession,
- modification des conditions d'exercice de la profession (statuts, ...),
- cessation d'activité professionnelle quelle qu'en soit la cause (retraite, radiation même temporaire, cession du cabinet, cession de parts de la société...),
- changement de domicile,
- souscription de garanties de même nature auprès d'autres organismes d'assurance,
- variation du revenu d'activité et des frais professionnels à la hausse comme à la baisse de plus de 20% (dans ce cas, l'assureur propose en suivi à l'assuré la convention adaptée aux revenus constatés).

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances, cette déclaration doit être effectuée par lettre recommandée, adressée au siège de l'assureur dans un délai de 15 jours à compter du moment où l'assuré a eu connaissance des circonstances nouvelles.

B - LE COMITÉ MÉDICAL D'ADMISSION

Un Comité Médical d'Admission ayant pour objet l'appréciation des risques est constitué par l'assureur qui garantit le secret médical par la présence de son médecin conseil.

Les décisions concernant l'acceptation des risques sont prises par l'assureur dans un maximum de 30 jours qui suivent le dépôt par le Comité Médical d'Admission de ses conclusions. Elles sont sans appel sauf dans le cas où l'assuré produirait des pièces et éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation que l'assureur avait du risque.

Le Comité Médical d'Admission se réserve le droit de demander directement à l'assuré toute pièce et/ou complément d'informations qui lui sont nécessaires.

Il peut également lui demander de se soumettre à un examen médical ou tout autre examen qu'il juge nécessaire pour statuer.

Ces documents doivent être complétés de façon exhaustive sans tирe ni omission, par l'assuré lui-même, ou par le médecin examinateur selon le niveau de garanties souhaité. Dans le cas contraire, ils sont retournés par le Comité Médical d'Admission à l'assuré.

Pour toute demande d'adhésion, d'augmentation (cf. art 3 A) ou d'adjonction de garanties, les débours entraînés par les examens éventuellement requis par le Comité Médical d'Admission sont remboursés en cas d'acceptation, de refus ou d'ajournement de cette demande par l'assureur.

Ce remboursement s'effectue sur présentation des notes d'honoraires correspondantes dûment acquittées, dans la limite d'un plafond indiqué sur le document "les formalités médicales" remis par l'assureur et dès le paiement de la première cotisation en cas d'adhésion.

En cas d'affections déclarées antérieures à l'adhésion, le Comité Médical d'Admission est en droit :

- d'ajourner ou de refuser l'adhésion,
- d'accepter une couverture en modulant les délais de franchise ou en limitant la durée d'adhésion,
- d'exclure leurs suites, complications, récidives ou conséquences ultérieures du champ d'application de tout ou partie des garanties,
Les exclusions sont explicites, formelles et clairement limitées.

Si des infirmités ou affections ont été déclarées sur le questionnaire médical et qu'elles n'ont pas fait l'objet d'exclusions indiquées aux conditions particulières,

notifiées pour accord à l'assuré, toutes les garanties du contrat s'exercent sans limitation.

- d'accepter une couverture moyennant le paiement d'une surprime. La surprime est mentionnée aux conditions particulières après avoir été préalablement notifiée pour accord à l'assuré.

Dans le cas de la notification pour accord d'une exclusion ou d'une surprime par le Comité Médical d'Admission, l'assuré est tenu de répondre dans un délai de 15 jours à compter de la réception de la notification. A défaut, la demande d'adhésion n'est pas prise en compte.

L'exclusion de risque et/ou la surprime peuvent être :

- permanentes et définitives,
- temporaires et automatiquement levées au terme d'un délai fixé,
- subordonnées pour leur suppression à terme, à la fourniture des résultats de nouveaux examens médicaux.

Pour toute demande d'augmentation (cf. art 3 A) ou d'adjonction de garantie, les dispositions précitées s'appliquent sur cette augmentation ou cette adjonction.

SECRET MÉDICAL

Le respect du secret médical est garanti par l'intervention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance à tous les stades de l'instruction du dossier et des procédures de gestion, tant à l'acceptation des risques, qu'à l'ouverture et au maintien des droits à prestation. Les motivations médicales d'éventuelles exclusions de risques ou de surprime sont communiquées uniquement à l'assuré par le Comité Médical d'Admission.

ART 4 RÔLE DU COMITÉ MÉDICAL EN CAS DE SINISTRE

A - OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS À PRESTATIONS

Le Comité Médical a également compétence pour donner un avis sur l'ouverture et le maintien des droits à prestations, les décisions étant prises par l'assureur.

Selon les cas et afin de pouvoir conclure en toute connaissance de cause, le Comité Médical peut :

- requérir des compléments d'informations dans les conditions prévues à l'Article 3-B,
- convoquer l'assuré aux frais de l'assureur (sauf contre-indication médicale),
- missionner un médecin aux frais de l'assureur pour examiner l'assuré.

L'assuré ne peut prétendre à aucune indemnité compensatrice de perte de revenu pendant le temps consacré à ces investigations.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

B - RECOURS

L'assuré peut contester cette décision par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur dans un délai de 30 jours après en avoir eu connaissance.

L'assureur propose alors à l'assuré de se soumettre à une expertise confiée à un tiers expert de la spécialité concernée. Le choix de cet expert intervient d'un commun accord entre l'assureur et l'assuré. Il pourra se faire parmi une liste d'experts inscrits auprès de la cour d'appel du domicile de l'assuré.

Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre l'assureur et l'assuré.

L'assureur et l'assuré, s'ils le souhaitent, peuvent respectivement se faire assister lors de l'expertise par un médecin. Chacun conserve, à sa charge, les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais.

Cette expertise intervient avant toute procédure judiciaire.

ART 5 SANCTIONS

Toute réticence, déclaration intentionnellement fautive, omission ou déclaration inexacte de l'assuré, entraîne pour celui-ci l'application suivant le cas des sanctions prévues aux articles L.113-8, L.113-9 et L.132-26 du Code des assurances (nullité du contrat ou application de la règle proportionnelle) selon la nature des risques concernés.

En cas de fausse déclaration intentionnelle, l'assuré perd tout droit à prestations et doit effectuer le remboursement de celles déjà versées au titre du sinistre en cours.

ART 6 DATE DE PRISE D'EFFET

A - DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE

L'adhésion individuelle prend effet dès la date d'acceptation du dossier par le Comité Médical d'Admission, sous réserve du paiement de la première cotisation.

B - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties sont accordées :

1. **en cas d'accident* ou d'agression*** : dès la date de prise d'effet de l'adhésion, de l'augmentation (cf. art 3 A) ou adjonction de garantie.
2. **en cas de maladie** :
 - pour les garanties Décès/Invalidité fonctionnelle totale et définitive, doublement/triplement, Rente de conjoint et Rente éducation : dès la date de la prise d'effet de l'adhésion,
 - pour les garanties Indemnité mensuelle frais professionnels, Indemnité mensuelle frais professionnels plus, Indemnité mensuelle de revenu, Invalidité plus et Capital d'invalidité professionnelle : **après un délai de carence de 3 mois** suivant la date de la prise d'effet de l'adhésion.

Sur fourniture d'un justificatif de garanties de même nature auprès d'un autre organisme, faisant état de leur montant et de la date de résiliation, le délai de carence de 3 mois compressible est supprimé pour les garanties de mêmes montants si l'interruption de couverture n'excède pas un mois.

- Pour les psychopathologies telles que définies à l'article 22 et les atteintes discovertébrales non **organiques***, les garanties Indemnités mensuelles frais professionnels, frais professionnels plus, de revenu et la garantie Invalidité plus, prennent effet **après un délai de carence incompressible de 12 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion. Pour les grossesses pathologiques, ce **délai de carence incompressible est fixé à 3 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion.
- Pour l'allocation forfaitaire de maternité : **après un délai de carence incompressible de 12 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion.
- Pour la garantie Allocation conjoint/enfant malade : **après un délai d'attente de 6 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion.

En cas d'augmentation (cf. art 3 A) ou d'adjonction de garantie, les délais de carence et d'attente prévus ci-avant s'appliquent suivant la date de la prise d'effet de cette augmentation ou de cette adjonction.

Délai de carence

L'application du délai de carence a pour conséquence la non prise en charge de :

- toute maladie dont les premiers signes ou symptômes sont apparus pendant ce délai, quelles qu'en soient les suites et conséquences dans le temps,
- l'allocation forfaitaire de maternité si la naissance intervient pendant ce délai.

Délai d'attente

L'application du délai d'attente a pour conséquence la non prise en charge de toute pathologie survenant pendant ce délai. Une fois ce délai écoulé, la prise en charge est effective, quelle que soit la date du fait générateur de la pathologie.

ART 7 AGES LIMITES

Les âges limites pour l'adhésion et pour l'augmentation (cf. art 3 A) ou l'adjonction de garantie en cours de contrat sont fixés au sein de l'annexe 1 de la présente notice d'information valant conditions générales.

ART 8 RESILIATION/CESSATION/SUSPENSION DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE ET DES GARANTIES

L'adhésion individuelle cesse dans les cas et conditions ci-après :

A - RÉSILIATION PAR L'ASSURÉ

1. Au 31 décembre de chaque année avec un préavis d'un mois,
2. Dans le cas où l'assureur a résilié, après sinistre, un autre contrat souscrit par l'assuré (article R.113-10 du Code des assurances). Cette résiliation doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la notification de résiliation du contrat sinistré.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

B - RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR

1. En cas de non paiement des cotisations (article L.141-3 du Code des assurances), dans les conditions prévues à l'article 9C.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des primes impayées en justice, conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances.

2. En cas d'omission ou inexactitude dans la déclaration des risques à l'adhésion ou en cours de contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances).

3. Après sinistre, mais uniquement en cas de fausse déclaration de l'assuré, lors de la survenance de ce sinistre ou durant la période de service des prestations.

4. Pendant une période probatoire de deux années à compter de la prise d'effet des garanties, l'assureur peut refuser de reconduire les garanties ou de le faire moyennant surprime.

L'assureur conserve la totalité de la cotisation à titre d'indemnité, dans les cas prévus au titre des paragraphes B2 (sauf en cas de fausse déclaration non intentionnelle constatée avant sinistre) et B3.

C - MODALITÉS DE RÉSILIATION

Lorsque l'assuré a la faculté de résilier son adhésion, il peut le faire à son choix, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'assureur.

La résiliation par l'assureur doit être notifiée par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'assuré.

Dans tous les cas de résiliation, les éventuels délais commencent à courir à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée par la partie intéressée.

D - CESSATION DE PLEIN DROIT

1. En cas de décès de l'assuré ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive, sauf pour le service :

- d'une Rente éducation,
- d'une Rente de conjoint.

2. Lorsque l'assuré est appelé sous les drapeaux pour accomplir ses obligations militaires, dès lors que la loi l'exige.

3. En cas de résidence hors de France métropolitaine ou des Départements et Régions d'Outre-Mer pour une durée supérieure à 3 mois, compte tenu toutefois des dispositions de l'article 12.

4. En cas de cessation d'activité professionnelle de l'assuré.

Toutefois si cette cessation est due à la maladie ou l'accident donnant lieu au service de l'Indemnité mensuelle de revenu suite à invalidité professionnelle, le contrat subsiste pour les garanties de la sphère privée (le Décès/Invalidité fonctionnelle totale et définitive, avec doublement/triplement, les Rente de conjoint et Rente éducation), avec exonération du paiement des cotisations (cf. art 9D).

5. Le dernier jour du trimestre civil qui suit la liquidation des droits à la retraite du régime de base (y compris pour inaptitude) et au plus tard le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal d'attribution de la retraite à taux plein. Les garanties de la sphère professionnelle ne se cumulent pas avec les prestations de retraite du régime de base. Le contrat subsiste pour les garanties de la sphère privée comme visé au 4. ci-avant.

6. Au 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties de la sphère privée.

Seules les prestations Rente éducation et Rente de conjoint en cours de service se poursuivent jusqu'au terme contractuel du versement de ces garanties.

7. En cas de non paiement des cotisations dues au titre des régimes d'assurance obligatoires, lorsque le contrat a été souscrit dans le cadre du dispositif "Madelin".

L'assureur rembourse la portion de cotisation afférente à la période postérieure à la résiliation dans tous les cas prévus aux paragraphes D-2 à 5 du présent article.

E - SUSPENSION

• En cas de cessation d'activité professionnelle temporaire, l'assuré peut demander, au plus tard 3 mois avant la cessation, la suspension des garanties professionnelles à l'assureur qui statuera. La suspension peut être accordée dans la limite maximum de 12 mois.

• En cas d'interdiction d'exercice temporaire pour motif disciplinaire par décision ordinaire, les garanties professionnelles seront automatiquement suspendues pendant la période d'interdiction.

Pendant la période de suspension et au titre des garanties professionnelles :

- le paiement de la cotisation correspondante n'est pas dû,
- aucune prestation n'est versée,
- tout sinistre intervenu pendant cette période ou dont les 1^{ers} signes ou symptômes sont apparus pendant cette période quelles qu'en soient les suites et conséquences dans le temps ne sont pas pris en charge.

ART 9 COTISATIONS

A - CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est calculée à partir du tarif de base en fonction :

- des capitaux assurés,
- de la convention choisie par l'assuré au titre des garanties obligatoires et facultatives.

Elle est personnalisée en fonction :

- de l'âge de l'assuré à l'adhésion ou lors de l'augmentation (cf. art 3 A) ou de l'adjonction de garanties selon les coefficients fixés au tarif,
- de l'application éventuelle d'une surprime décidée par le Comité Médical d'Admission.

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata temporis du nombre de jours restant à courir sur l'exercice considéré.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Il est formellement convenu que l'âge de l'assuré retenu est celui atteint lors de son dernier anniversaire.

A chaque échéance annuelle, la cotisation tient compte de l'âge atteint par l'assuré.

B - PAIEMENT DES COTISATIONS

La date d'échéance est fixée au 1^{er} janvier de chaque année. Les cotisations (y compris s'il y a lieu les impôts et taxes sur les contrats d'assurance) sont payables d'avance au siège social de l'assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné à cet effet.

C - CONSÉQUENCES DU NON PAIEMENT DE LA COTISATION (ARTICLES L.141-3 ET L.113-3 DU CODE DES ASSURANCES)

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur adresse à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement à l'assureur ou au mandataire désigné par lui de la cotisation ou de la fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la résiliation du contrat. Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des cotisations impayées en justice conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances. Les frais de recouvrement liés à cette procédure sont à la charge de l'assuré.

D - EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de versement de la prestation Indemnité mensuelle de revenu uniquement au titre de l'invalidité professionnelle, l'exonération des cotisations prend effet le 1^{er} janvier suivant la date de mise en invalidité.

Elle prend fin :

- en cas d'invalidité temporaire, le 1^{er} du mois suivant la cessation du service de la prestation,
- en cas d'invalidité professionnelle définitive, le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70^{ème} anniversaire.

E - PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Conformément à l'article L.331-3 du Code des assurances, le présent contrat peut, en fonction des résultats du contrat groupe, participer aux bénéfices techniques et financiers.

Le montant de cette participation est calculé chaque année conformément aux articles A.331-4 à A.331-9 du Code des assurances.

ART 10 REVALORISATIONS

Elles résultent chaque année d'un accord conclu entre l'association souscriptrice et l'assureur.

A - REVALORISATION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

Le montant des garanties est revalorisé chaque année selon un pourcentage décidé d'un commun accord entre l'association souscriptrice et l'assureur.

Ce pourcentage est communiqué à l'assuré à l'échéance annuelle (lors du renouvellement).

Le montant des cotisations correspondantes est réajusté chaque année en fonction de cette revalorisation.

Par ailleurs, en accord avec l'association souscriptrice, les cotisations peuvent être révisées en cas de modification de la composition démographique du groupe assuré, en fonction des résultats techniques du contrat et de l'évolution de la sinistralité par département.

B - REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS

Les Rentes de conjoint et les Rentes éducation, à l'exception de celles constituées au cours de l'exercice inventorié, les Indemnités mensuelles frais professionnels et frais professionnels plus, les Indemnités mensuelles de revenu, la garantie Invalidité plus et l'Allocation conjoint/enfant malade sont revalorisées le 1^{er} janvier de chaque année d'un pourcentage décidé d'un commun accord entre l'association souscriptrice et l'assureur.

C - REVALORISATION POST MORTEM DU CAPITAL DÉCÈS

Le capital garanti en cas de décès est revalorisé à compter du jour du décès de l'assuré dans les conditions et au taux minimum prévus aux articles L.132-5 et R.132-3-1 du Code des assurances.

ART 11 EXCLUSIONS

A - Applicables à toutes les garanties

1) Sont toujours exclus des garanties, sans possibilité de majoration de cotisation, les conséquences des événements suivants :

a) la guerre étrangère, la guerre civile, les émeutes ou les mouvements populaires dans les conditions prévues à l'article L.121-8 du Code des assurances,

b) les effets directs ou indirects d'explosion, le dégagement de chaleur, l'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les dommages dus aux effets de radiations pratiquées par l'accélération artificielle de particules.

2) Sont toujours exclus des garanties, sans possibilité de majoration de cotisation, les sports et activités de loisirs suivants :

a) La participation à titre professionnel à des compétitions sportives de niveau national ou international ou à des essais, à des tentatives de records ou à des rallyes sportifs ou à des raids,

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

b) La pratique des sports suivants :

- en Europe, les expéditions, les courses, l'alpinisme ou les randonnées à ski en montagne :

- nécessitant, pour leur pratique, le port de tout équipement particulier (tels que crampons, baudriers, piolets, encordements, ...) en vue d'escalades, ou du franchissement de zones de rochers ou de passage de glacier,

- ou pratiqués dans une zone au-delà de 4000 mètres d'altitude.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'activité est effectuée avec un guide diplômé.

- hors d'Europe, les expéditions, les courses, l'alpinisme ou les randonnées à ski en montagne,

- ski extrême,

- cascades gelées,

- escalade sans sécurité,

- delta-plane, parapente, saut en parachute à ouverture retardée, ULM, voltige aérienne,

- vols sur engins ou matériels non munis d'un certificat de navigabilité, ou vols sur engins ou matériels conduits par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valide,

- plongée en solitaire, plongée de nuit sans moniteur, plongée avec scaphandre autonome sans brevet au delà des limites prévues par le niveau de plongée dont est titulaire l'assuré sans excéder les 60 m,

- spéléologie solitaire ou avec plongée,

- bateau offshore, ski nautique de vitesse,

- saut à l'élastique, canyoning sans guide.

La pratique des autres sports et activités de loisirs est garantie sans majoration de cotisation.

B - Spécifique au décès (Capital Décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive, Rente de conjoint, Rente éducation)

Le suicide au cours de la première année d'assurance est exclu.

En cas d'augmentation ou d'adjonction de garantie, le suicide est exclu pour les garanties supplémentaires pendant la première année suivant cette modification.

C - Applicables aux garanties Indemnité mensuelle frais professionnels, Indemnité mensuelle frais professionnels plus, Indemnité mensuelle de revenu, Invalidité plus, Allocation conjoint/enfant malade, Capital d'invalidité professionnelle, doublement/ triplement du Capital Décès.

Sont toujours exclues du champ des garanties :

- a) les conséquences des maladies, des accidents ou des mutilations occasionnés, provoqués ou aggravés intentionnellement par l'assuré, y compris les tentatives de suicide,

- b) les conséquences des maladies résultant de l'absence de soins indispensables ou du non respect du traitement médical prescrit,

- c) les conséquences d'un état pathologique préexistant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie délimités et déterminés comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion par le Comité Médical d'Admission, dans les conditions prévues aux articles 3 et 4,

- d) les psychopathologies, les états dépressifs, les névroses, les psychoses, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress, de surmenage et les troubles anxieux et apparentés, au titre des garanties ci-après :

- l'Indemnité mensuelle de revenu en cas d'invalidité professionnelle,

- la garantie Invalidité plus,

- l'Allocation conjoint/enfant malade,

- le Capital d'invalidité professionnelle.

Seules les indemnités mensuelles prévues en cas d'incapacité temporaire totale de travail sont acquises, dans les conditions prévues à l'article 22 de la présente notice d'information valant conditions générales, sauf en cas de survenance de l'atteinte pendant le délai de carence.

- e) la fibromyalgie,

- f) les syndromes de fatigue chronique et/ou asthénie,

- g) les conséquences de l'état alcoolique ou d'un accident de la circulation* survenu avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour de l'événement ou de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,

- h) les conséquences des soins donnés par une personne non autorisée, sauf si l'assuré est hors d'état de refuser,

- i) les cures de quelque nature qu'elles soient autres que :

- les cures de désintoxication suivies dans le cadre du traitement de l'alcoolisme. Dans ce cas, les indemnités mensuelles en cas d'incapacité temporaire totale de travail sont acquises pendant la durée de l'hospitalisation, sous réserve des dispositions prévues aux articles 20 et 21,

- les séjours en stations thermales et climatiques intervenant dans la continuité de l'arrêt de travail qui a justifié le versement des indemnités mensuelles, et ce, pour le traitement de la pathologie ou lésion en cause,

- j) les conséquences des interventions chirurgicales à visée exclusivement esthétique,

- k) les grossesses et ses suites normales pendant le congé légal de maternité,

- l) les conséquences des actes de terrorisme ou d'attentats (respectivement définis aux articles 421-1 et suivant et 412-1 du Code pénal) ou des actes de sabotage. Dans ce cadre spécifique, la garantie Décès et son triplement demeurent cependant acquis,

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

m) les conséquences de la participation de l'assuré à des rixes, sauf en cas de légitime défense,

n) les conséquences de la participation de l'assuré, à bord d'un véhicule terrestre à moteur ou engin motonautique ou aéronautique et en tant que concurrent à des compétitions, matchs, paris, défis, courses et épreuves de vitesse, d'endurance ou à leurs essais préparatoires,

o) les conséquences des dommages causés par les tremblements de terre, éruptions de volcans, inondations, raz de marée ou autres cataclysmes.

ART 12 ÉTENDUE TERRITORIALE

Le présent contrat produit ses effets en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, dès accord de l'assureur.

A l'étranger (y compris les Collectivités d'Outre-Mer), les garanties ne sont acquises qu'à l'occasion de séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs. Pour tout séjour dépassant ce délai, l'assuré doit saisir l'assureur qui statuera. Dans tous les cas, les prestations demeurent payables en Euros.

ART 13 FISCALITÉ MADELIN

Le régime fiscal prévu par la loi "Madelin" du 11/02/1994 (codifiée à l'article L.144-1 du Code des assurances) est réservé aux personnes exerçant une activité non-salariée à titre individuel ou en société de personnes, relevant de la catégorie des bénéficiaires non commerciaux (BNC), des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou de l'article 62 du Code général des impôts (gérants majoritaires des sociétés à responsabilité limitée, gérants commandités des sociétés en commandite par actions, associés en nom des sociétés de personnes, membres des sociétés en participation).

Il permet aux Travaillleurs non salariés de déduire de leur revenu professionnel imposable les cotisations éligibles de leur contrat de prévoyance dans la limite de leur plafond de déduction fiscale (article 154 bis du Code général des impôts).

A - CONDITIONS D'ADHÉSION ET DE RENOUELEMENT

IMPORTANT

La prise en compte de l'adhésion dans le cadre d'un contrat éligible à la fiscalité "Madelin" et de son renouvellement est subordonnée à la fourniture de l'attestation annuelle de versement des cotisations émise par l'organisme gérant le régime obligatoire d'assurance maladie et vieillesse prévue à l'article L.144-1 du Code des assurances.

L'adhésion ou le renouvellement du plan de prévoyance est entaché de nullité en cas de défaut

de paiement des cotisations du régime obligatoire, conformément à l'article L.652-4 du Code de la sécurité sociale.

B - LES COTISATIONS

Sont seules éligibles au dispositif "Madelin" les cotisations correspondantes aux garanties payables sous forme de rente ou de revenu de remplacement suivantes :

Au titre de la sphère privée :

- la Rente de conjoint,
- la Rente éducation.

Au titre de la sphère professionnelle :

- l'Indemnité mensuelle frais professionnels,
- l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus,
- l'Indemnité mensuelle de revenu,
- la garantie Invalidité plus.

C - LES PRESTATIONS

Les prestations servies sous forme de rente ou de revenu de remplacement, et dont les cotisations sont déductibles au titre du dispositif "Madelin", sont imposables, conformément à l'article 154 bis A du Code général des impôts.

ART 14 DROITS DE L'ASSURÉ

INFORMATION

L'assuré reçoit :

A l'adhésion,

- la notice d'information valant conditions générales du contrat groupe,
- puis les conditions particulières, qui font état des garanties retenues, de leurs cotisations correspondantes et de leur ventilation exacte entre les cotisations déductibles relevant du dispositif fiscal "Madelin" et celles non déductibles accompagnées de la notice d'information valant conditions générales du contrat groupe.

A chaque échéance du premier janvier,

- l'appel de cotisations indiquant le détail des garanties et de leur cotisation, distinguant précisément la part des cotisations déductibles et celle non déductibles au titre du dispositif fiscal "Madelin",
- une attestation faisant état des cotisations ouvrant droit à déduction dans les conditions fixées à l'article 154 bis du Code général des impôts.

Chaque année, une lettre d'information Prévoyance comportant notamment des informations juridiques et contractuelles.

DÉLAI DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :

MACSF prévoyance
10 cours du Triangle de l'Arche
TSA 70400
92919 LA DEFENSE CEDEX

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Elle peut être faite selon le modèle suivant :

**MODÈLE DE LETTRE RECOMMANDÉE AVEC A.R.
A adresser à Monsieur le Directeur de la MACSF
prévoyance.**

Monsieur le Directeur,
Je soussigné(e) ; domicilié(e),
prie la MACSF prévoyance de bien vouloir considérer qu'à dater de ce jour, je désire renoncer à la police n° souscrite auprès de votre société. Vous voudrez bien, en conséquence, effectuer dans le délai requis la restitution de l'intégralité des sommes versées.
Fait à, le
Signature de l'assuré

La renonciation entraîne la restitution, par l'assureur, de l'intégralité des sommes versées par le contractant dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au terme de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L.114-2 du Code, la prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre et par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 Code civil).

Le texte intégral de ces articles figure dans l'encadré ci-dessous.

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.

ARTICLES 2240 À 2246 DU 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.

RÉCLAMATION

Toute réclamation doit être adressée à :

MACSF prévoyance Service Qualité

TSA 70400

10 cours du Triangle de l'Arche

92919 La Défense Cedex

Si le litige persiste, le médiateur de la profession pourra être saisi. Nous vous adresserons alors, sur simple demande de votre part, les modalités de sa saisine.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

DROITS D'ACCÈS ET RECTIFICATION DES FICHIERS

Conformément à la loi "Informatique et libertés" n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données nominatives le concernant qui figurent sur tout fichier informatique en écrivant à l'adresse suivante : MACSF - Direction Juridique - 10 Cours du Triangle de l'Arche - 92919 La Défense cedex.

Les données nominatives recueillies par la MACSF prévoyance auprès de l'assuré sont nécessaires à la gestion des contrats et à l'exécution des services souscrits. A ce titre, l'assuré est informé que la MACSF prévoyance communiquera des données le concernant à ses prestataires, mandataires et réassureurs pour les besoins des contrats.

Par ailleurs et sauf opposition de l'assuré, ces données pourront être communiquées par la MACSF prévoyance aux autres sociétés du Groupe MACSF, ainsi qu'à ses partenaires, à des fins de prospection commerciale.

CONSERVATION DES DOCUMENTS

Conformément à la réglementation en vigueur, tous les documents relatifs au présent contrat sont susceptibles d'être archivés électroniquement sur support numérisé afin de pouvoir être reproduits en tant que de besoin à titre de preuve.

TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES DE LA SPHÈRE PRIVÉE ET MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

ART 15 LE CAPITAL DÉCÈS/INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

A - DÉFINITION

Le capital choisi par l'assuré est fixé aux conditions particulières.

En cas de décès :

L'assureur s'engage au versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). La garantie décès cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70^{ème} anniversaire.

En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive* :

Le capital est versé par anticipation à l'assuré lui-même. Cette garantie est accordée par extension de la garantie décès sans majoration de cotisation, sauf décision contraire portée à la connaissance de l'assuré sur les conditions particulières.

Elle cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 65^{ème} anniversaire.

B - MAJORATION DU CAPITAL DÉCÈS/INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

Si les bénéficiaires sont le conjoint* et/ou les enfants de l'assuré et/ou de son conjoint, âgés de moins de 28 ans, le Capital Décès/invalidité fonctionnelle totale et définitive et le Capital doublement/triplement sont

majorés de 10% par membre de la famille ci-dessus visé. La majoration totale ne peut être supérieure à 50%. En tout état de cause, le capital versé ne peut dépasser le plafond fixé aux conditions particulières.

ART 16 LE DOUBLEMENT/TRIPLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS/INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

Le capital décès assuré est, dans la limite d'un plafond fixé aux conditions particulières :

- doublé si le décès ou l'invalidité fonctionnelle totale et définitive résulte d'un accident*.
- triplé si le décès ou l'invalidité fonctionnelle totale et définitive résulte :
 - d'un accident de la circulation,
 - d'un acte de terrorisme ou d'un attentat,
 - d'une agression*.

La preuve de l'accident et de sa nature, de l'acte de terrorisme, de l'attentat, de l'agression et de ses circonstances, incombe à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s).

Le terme maximum de cette garantie est fixé au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70^{ème} anniversaire en cas de décès ou son 65^{ème} anniversaire en cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive.

ART 17 LA RENTE DE CONJOINT

En cas de décès ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, cette garantie prévoit le service d'une rente payable à trimestre civil échu au profit du conjoint de l'assuré.

• Garantie de base - rente temporaire :

La rente est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le conjoint atteint son 60^{ème} anniversaire.

• Option rente viagère :

La rente est servie en totalité jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le conjoint atteint son 60^{ème} anniversaire, puis à hauteur de 50 % jusqu'à son propre décès.

La garantie cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70^{ème} anniversaire et/ou en cas de décès du conjoint.

ART 18 LA RENTE ÉDUCATION

En cas de décès ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, cette garantie prévoit le service d'une rente temporaire et trimestrielle répartie par parts égales au jour du décès, pour toute la durée de la rente, entre les enfants de l'assuré et/ou de son conjoint désignés comme suit : "mes enfants, et/ou ceux de mon conjoint ou co-signataire de PACS, nés ou à naître, jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire sous réserve qu'ils poursuivent leurs études, sans activité rémunérée permanente".

Sur demande expresse, l'assuré peut nommément désigner comme bénéficiaire(s) un ou plusieurs enfants.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Dans ce cas, l'intégralité du montant de la rente est répartie par parts égales au jour du décès, pour toute la durée de la rente, entre les seuls enfants désignés bénéficiaires.

Cette garantie cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70^{ème} anniversaire.

ART 19 LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES GARANTIES DE LA SPHÈRE PRIVÉE

A - LE CAPITAL DÉCÈS/IFTD

Le capital assuré est payable :

En cas de décès, aux bénéficiaires désignés par l'assuré, après réception :

- de l'acte de décès,
- d'un certificat médical établissant la date, les causes et circonstances du décès en précisant si le décès est en lien avec un risque médical exclu ou dont les 1^{ers} signes ou symptômes sont antérieurs à l'adhésion (et/ou à une augmentation de garantie) ;
- en cas d'accident/agression ou enquête judiciaire, de la copie du procès verbal de police ou gendarmerie ;
- des coordonnées du notaire chargé du règlement de la succession ;
- d'un acte de notoriété ou certificat d'hérédité ;
- pour chaque bénéficiaire : d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est le partenaire pacsé du défunt.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive, à l'assuré lui-même, après réception des pièces établissant qu'il est bien atteint d'une invalidité fonctionnelle totale et définitive telle qu'elle est définie au contrat.

Le versement du Capital invalidité fonctionnelle totale et définitive n'ouvre plus droit au versement du Capital décès.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

B - LA RENTE DE CONJOINT

Lors du décès de l'assuré, la rente est servie à son conjoint à hauteur de 100% du montant de la garantie atteint au 1^{er} janvier de l'année de l'événement.

En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, la Rente de conjoint est versée à hauteur de 50%

du montant de la garantie atteint au 1^{er} janvier de l'année de l'événement. Elle est portée à 100% en cas de décès de l'assuré.

La rente de conjoint est ensuite revalorisée conformément à l'article 10.

La mise en service de la rente est subordonnée :

En cas de décès, à la réception :

- de l'acte de décès,
- d'un certificat médical établissant la date, les causes et circonstances du décès en précisant si le décès est en lien avec un risque médical exclu ou dont les 1^{ers} signes ou symptômes sont antérieurs à l'adhésion (et/ou une augmentation de garantie) ;
- en cas d'accident/agression ou enquête judiciaire, de la copie du procès verbal de police ou gendarmerie ;
- des coordonnées du notaire chargé du règlement de la succession ;
- d'un acte de notoriété ou certificat d'hérédité ;
- d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est le partenaire pacsé du défunt.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive, à la réception :

- des pièces établissant que l'assuré est bien atteint d'une invalidité fonctionnelle totale et définitive telle que définie au contrat,
- d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est le partenaire pacsé du défunt.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

C - LA RENTE ÉDUCATION

Lors du décès ou de l'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, la rente est servie par parts égales entre les enfants bénéficiaires au jour de l'événement, pour le montant de la garantie atteint au 1^{er} janvier de l'année de l'évènement.

Par la suite, elle est revalorisée conformément à l'article 10.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

La rente éducation est payable à trimestre civil échu à chaque enfant bénéficiaire pour sa quote-part et jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel il atteint son 28^{ème} anniversaire sous réserve de la poursuite de ses études (cette condition ne s'applique pas aux enfants infirmes ou handicapés), sans activité rémunérée permanente.

En cas de décès, la mise en service de la rente est subordonnée, à la réception :

- de l'acte de décès,
- d'un certificat médical établissant la date, les causes et circonstances du décès en précisant si le décès est en lien avec un risque médical exclu ou dont les 1^{ers} signes ou symptômes sont antérieurs à l'adhésion (et/ou une augmentation de garantie) ;
- en cas d'accident/agression ou enquête judiciaire, de la copie du procès verbal de police ou gendarmerie ;
- des coordonnées du notaire chargé du règlement de la succession ;
- d'un acte de notoriété ou certificat d'hérédité ;
- pour chaque bénéficiaire : d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est l'enfant du partenaire pacsé du défunt ;
- des certificats de scolarité des enfants bénéficiaires fournis annuellement, s'ils sont âgés de plus de 16 ans.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive, la mise en service de la rente est subordonnée, à la réception :

- des pièces établissant que l'assuré est bien atteint d'une invalidité fonctionnelle totale et définitive telle que définie au contrat,
- pour chaque bénéficiaire : d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est l'enfant du partenaire pacsé du défunt ;
- des certificats de scolarité des enfants bénéficiaires fournis annuellement, s'ils sont âgés de plus de 16 ans.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES DE LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE ET MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

ART 20 INDEMNITÉS MENSUELLES FRAIS PROFESSIONNELS ET FRAIS PROFESSIONNELS PLUS

A - INDEMNITÉ MENSUELLE FRAIS PROFESSIONNELS

Cette garantie a pour objet de couvrir tout ou partie des frais professionnels lors d'une incapacité temporaire totale de travail.

Les conditions particulières prévoient :

- le montant de la garantie correspondant à la convention retenue,
- la franchise choisie par l'assuré de 7, 14 ou 30 jours.

→ Si l'assuré a choisi la franchise de 7 ou 14 jours, le montant de la garantie est payable :

En cas de maladie :

- avec une hospitalisation supérieure ou égale à deux nuitées : du 3^{ème} au 365^{ème} jour d'arrêt total de travail,
- sans hospitalisation ou avec une hospitalisation inférieure à deux nuitées : selon la franchise choisie par l'assuré, du 8^{ème} au 365^{ème} jour ou du 15^{ème} au 365^{ème} jour d'arrêt total de travail.

La franchise réduite à 2 jours en cas d'hospitalisation supérieure ou égale à 2 nuitées bénéficie à l'assuré dès lors que cette hospitalisation débute pendant le délai de franchise de 7 ou 14 jours correspondant à l'option de franchise choisie.

En cas d'accident ou d'agression : du 1^{er} au 365^{ème} jour d'arrêt total de travail.

→ Si l'assuré a choisi la franchise absolue de 30 jours, le montant de la garantie est payable :

En cas de maladie, d'hospitalisation, d'accident ou d'agression : du 31^{ème} jour au 365^{ème} jour d'arrêt total de travail.

Le choix de la franchise s'applique aussi bien pour l'Indemnité mensuelle frais professionnels que pour l'Indemnité mensuelle de revenu décrite à l'article 21 de la présente notice d'information valant conditions générales.

La franchise applicable à la grossesse pathologique est précisée à l'article 22 D 2.

Sur avis du Comité Médical, le versement de l'Indemnité mensuelle frais professionnels peut être assuré en cas d'incapacité temporaire totale de travail au maximum jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt total de travail.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

IMPORTANT

La durée de versement de l'Indemnité mensuelle frais professionnels ne peut en aucun cas excéder le 365^{ème} jour d'arrêt total de travail, même si des pathologies multiples ou des accidents sont survenus pendant cette période.

Ainsi, lorsque l'assuré perçoit l'Indemnité mensuelle frais professionnels au titre d'une incapacité temporaire totale de travail, tout nouvel accident ou pathologie survenant au cours de la période effective d'indemnisation peut prolonger l'indemnisation jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt total de travail, mais ne peut en aucun cas entraîner l'ouverture d'un nouveau droit à prestation au titre de cette garantie.

B - INDEMNITÉ MENSUELLE FRAIS PROFESSIONNELS PLUS

La souscription de la garantie Indemnité mensuelle frais professionnels plus doit obligatoirement s'accompagner de la souscription de la garantie Indemnité mensuelle frais professionnels.

Cette garantie, souscrite en option par l'assuré, a pour objet de couvrir tout ou partie des frais professionnels au-delà du terme maximum de versement de l'Indemnité mensuelle frais professionnels susvisée.

Le montant de la garantie est identique à celui prévu pour la garantie Indemnité mensuelle frais professionnels décrite ci-dessus. Il est payable du 366^{ème} jour jusqu'au 18^{ème} mois d'arrêt total de travail maximum, **dans la limite des frais professionnels subsistants nécessaires à la poursuite de l'exploitation du cabinet.** La prestation est versée sur la base des justificatifs comptables mensuels des frais professionnels résiduels de l'assuré.

Cette garantie se substitue au versement de la garantie Indemnité mensuelle frais professionnels, au-delà du 365^{ème} jour de l'incapacité de travail.

IMPORTANT

La durée de versement de l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus ne peut en aucun cas excéder le 18^{ème} mois d'arrêt total de travail, même si des pathologies multiples ou des accidents sont survenus pendant cette période.

Ainsi, lorsque l'assuré perçoit l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus au titre d'une incapacité temporaire totale de travail, tout nouvel accident ou pathologie survenant au cours de la période effective d'indemnisation peut prolonger l'indemnisation jusqu'au 18^{ème} mois d'arrêt total de travail, mais ne peut en aucun cas entraîner l'ouverture d'un nouveau droit à prestation au titre de cette garantie.

C- INTERRUPTION DES VERSEMENTS

Le versement des Indemnités mensuelles frais professionnels et frais professionnels plus est interrompu :

- dès lors qu'une reprise de l'activité professionnelle est médicalement possible, sous réserve des dispositions

particulières relatives au mi-temps thérapeutique prévues à l'article 22,

- en cas de consolidation de l'état médical dûment constatée,
- lors de la cession du cabinet, ou lors de la cession totale des parts de la société,
- lors de la cessation de l'activité professionnelle (y compris en cas d'interdiction d'exercice par décision ordinaire pour motif disciplinaire),
- au terme maximum de la garantie, tel que défini au paragraphe D du présent article.

D - TERME DES GARANTIES INDEMNITES MENSUELLES FRAIS PROFESSIONNELS ET FRAIS PROFESSIONNELS PLUS

Les garanties Indemnités mensuelles frais professionnels et frais professionnels plus cessent au maximum le dernier jour du trimestre civil qui suit la liquidation des droits à la retraite du régime de base (y compris pour inaptitude) et au plus tard le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal d'attribution de la retraite à taux plein.

Cette garantie et les prestations y afférent ne se cumulent pas avec les prestations de retraite du régime de base.

ART 21 L'INDEMNITÉ MENSUELLE DE REVENU

Cette garantie a pour objet le maintien de tout ou partie du revenu de l'assuré. Elle est versée en cas d'incapacité temporaire totale de travail et se poursuit, sans discontinuité, en cas d'invalidité professionnelle.

Les conditions particulières prévoient :

- le montant de la garantie correspondant à la convention retenue versé jusqu'au 3^{ème} mois d'Incapacité temporaire totale de travail puis à compter du 4^{ème} mois d'Incapacité temporaire totale de travail,
- la franchise choisie par l'assuré de 7, 14 ou 30 jours.

A - EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

→ Si l'assuré a choisi la franchise de 7 ou de 14 jours, le montant de la garantie est payable :

En cas de maladie

- avec une hospitalisation supérieure ou égale à deux nuitées : du 3^{ème} jour au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail,
- sans hospitalisation ou avec une hospitalisation inférieure à deux nuitées : selon la franchise choisie, du 8^{ème} jour au 36^{ème} mois ou du 15^{ème} jour au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail.

La franchise réduite à 2 jours en cas d'hospitalisation supérieure ou égale à 2 nuitées bénéficie à l'assuré dès lors que cette hospitalisation débute pendant le délai de franchise de 7 ou 14 jours correspondant à l'option de franchise choisie.

En cas d'accident ou d'agression : du 1^{er} jour au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail.

→ Si l'assuré a choisi la franchise absolue de 30 jours, le montant de la garantie est payable :

En cas de maladie, d'hospitalisation, d'accident ou d'agression : du 31^{ème} jour au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Le choix de la franchise s'applique aussi bien pour l'Indemnité mensuelle de revenu que pour l'Indemnité mensuelle frais professionnels décrite à l'article 20 de la présente notice d'information valant conditions générales. La franchise applicable à la grossesse pathologique est précisée à l'article 22 D 2.

Sur avis du Comité Médical, le versement de l'Indemnité mensuelle de revenu peut être assuré en cas d'incapacité temporaire totale de travail au maximum jusqu'au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail.

Le versement de l'Indemnité mensuelle de revenu en cas d'incapacité de travail est interrompu :

- dès lors qu'une reprise de l'activité professionnelle est médicalement possible, sous réserve des dispositions particulières relatives au mi-temps thérapeutique prévues à l'article 22,
- en cas de consolidation de l'état médical dûment constatée,
- lors de la cession du cabinet ou lors de la cession totale des parts de la société,
- lors de la cessation de l'activité professionnelle (y compris en cas d'interdiction d'exercice par décision ordinaire pour motif disciplinaire),
- au terme maximum de la garantie, tel que défini au paragraphe C du présent article.

IMPORTANT

La durée de versement de l'Indemnité mensuelle de revenu servie au titre de l'incapacité temporaire totale ne peut en aucun cas excéder le 36^{ème} mois d'arrêt total de travail, même si des pathologies multiples ou des accidents sont survenus pendant cette période. Ainsi, lorsque l'assuré perçoit l'Indemnité mensuelle de revenu au titre d'une incapacité temporaire totale de travail, tout nouvel accident ou pathologie survenant au cours de la période effective d'indemnisation peut prolonger l'indemnisation jusqu'au 36^{ème} mois d'arrêt total de travail mais ne peut en aucun cas entraîner l'ouverture d'un nouveau droit à prestation au titre de cette garantie.

B - EN CAS D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

1. Les critères d'attribution de l'Indemnité mensuelle de revenu

Dès lors que l'invalidité professionnelle est reconnue par le Comité Médical suite à la consolidation de l'état médical :

- soit pour une période temporaire éventuellement reconductible,
- soit de façon définitive.

L'Indemnité mensuelle de revenu se poursuit à hauteur du taux d'invalidité retenu, dans les limites suivantes :

- Si le taux d'invalidité professionnelle est inférieur à 33%, l'assuré ne peut prétendre à aucune indemnité au titre de son invalidité et le versement de l'Indemnité mensuelle de revenu s'interrompt.

- Si le taux d'invalidité professionnelle est compris entre 33% et 65%, l'indemnité servie est proportionnelle au taux retenu.

- Si le taux d'invalidité professionnelle est compris entre 66 et 100%, l'indemnité est servie à hauteur de 100% de la garantie.

Néanmoins :

- si l'assuré poursuit même à temps partiel son activité professionnelle : l'indemnité est servie à hauteur de 70% de la garantie.

- si l'assuré exerce une autre activité professionnelle, l'indemnité est réduite du montant de son nouveau revenu d'activité sans pouvoir être inférieure à 70% de la garantie.

Dans ces 2 cas, si l'assuré est âgé de plus de 55 ans, l'indemnité est versée à hauteur de 100% de la garantie.

2. La détermination du taux d'invalidité professionnelle

Le critère retenu est le taux d'invalidité professionnelle.

Ce taux est déterminé par référence au barème professionnel annexé au contrat, en fonction de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur l'activité professionnelle spécifique exercée.

La répercussion de l'invalidité est évaluée en comparant l'activité de l'assuré après l'accident ou l'affection à celle qu'il menait auparavant et en tenant compte des conditions normales d'exercice de sa profession, des possibilités de rééducation, d'appareillage et de la capacité d'exercice restante.

Le taux d'invalidité professionnelle retenu :

- est indépendant de celui des régimes obligatoires prévus par le Code de la sécurité sociale,
- est révisable en augmentation ou en diminution durant toute la période de service de l'indemnité, s'il n'est pas notifié par le Comité Médical comme étant définitif.

Si un taux d'invalidité professionnelle est fixé pour une période déterminée par le Comité Médical, l'indemnité mensuelle est servie jusqu'au terme de cette période, date à laquelle une révision du dossier est effectuée.

Le versement de la Rente d'invalidité est interrompu au terme maximum de la garantie, tel que défini au paragraphe C du présent article.

C - TERME DE LA GARANTIE INDEMNITÉ MENSUELLE DE REVENU

La garantie Indemnité mensuelle de revenu cesse au maximum le dernier jour du trimestre civil qui suit la liquidation des droits à la retraite du régime de base (y compris pour inaptitude) et au plus tard le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal d'attribution de la retraite à taux plein.

Cette garantie et les prestations y afférent ne se cumulent pas avec les prestations de retraite du régime de base.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

ART 22 PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES (DISPOSITIONS COMMUNES AUX ART. 20 ET 21)

A- LES RECHUTES ET RÉCIDIVES

On entend par rechute ou récurrence au sens du contrat l'incapacité temporaire totale de travail qui résulte :

- d'une aggravation de l'état pathologique initial,
- d'un nouvel état pathologique résultant de la pathologie d'origine,
- d'un état pathologique ayant des caractéristiques identiques à la pathologie d'origine,
- de la réapparition de la même pathologie, même s'il y a une cause nouvelle. Il en est ainsi par exemple en cas de réapparition d'une atteinte disco-vertébrale, y compris en cas de cause nouvelle.

Pathologies bilatérales : lorsque l'indemnisation s'est effectuée sur un côté, l'indemnisation de l'atteinte controlatérale, même à distance, est prise en charge comme une rechute ou récurrence.

- En cas de rechute ou de récurrence intervenant moins d'un an après la reprise totale d'activité, le sinistre se poursuit dès le 1^{er} jour de la rechute ou de la récurrence sans application d'une nouvelle franchise, sur les bases de l'option en cours lors de la précédente période d'indemnisation.
- En cas de rechute ou de récurrence intervenant plus d'un an après la reprise totale d'activité, la franchise retenue lors de l'arrêt de travail initial et prévue aux articles 20A et 21A, s'applique à nouveau. Cependant, en cas de maladie avec hospitalisation à la date de la rechute ou récurrence, répondant aux conditions des articles précités, la franchise est réduite à 2 jours (hors choix de franchise absolue de 30 jours).

A l'issue de l'éventuelle franchise, le sinistre se poursuit sur les bases de l'option en cours lors de la précédente période d'indemnisation avec reconstitution jusqu'au 3^{ème} mois de la rechute ou récurrence, du montant de la garantie Indemnité mensuelle de revenu versé jusqu'au 3^{ème} mois de l'incapacité totale de travail initial.

Quel que soit le nombre de rechutes ou récurrences, la durée totale d'indemnisation ne peut excéder la durée maximale de chaque garantie.

B - LE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE

En cas de reprise d'activité à temps partiel dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, l'Indemnité mensuelle frais professionnels, l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus, l'Indemnité mensuelle de revenu peuvent être maintenues à hauteur de 50% après accord du Comité Médical et dans une limite maximum de 180 jours d'incapacité partielle au titre du même sinistre.

En tout état de cause, le service total des indemnités ne peut excéder la durée maximale de chaque garantie.

C - LES ÉTATS PSYCHOPATHOLOGIQUES

L'assureur considère comme état psychopathologique les troubles suivants :

- les troubles mentaux organiques,
- les troubles schizophréniques et apparentés,
- les troubles de l'humeur,
- les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes,
- les troubles du comportement alimentaire.

Ces troubles sont reconnus par la classification internationale des maladies (CIM 10 – OMS). Ils recouvrent les troubles usuellement dénommés : états dépressifs, névroses, psychoses, spasmophilie, états de stress, surmenage, troubles anxieux et apparentés.

L'incapacité temporaire totale de travail est indemnisée dans les conditions suivantes, sauf en cas de survenance de l'atteinte pendant le délai de carence :

- à hauteur de 100% de la garantie pendant les 3 premiers mois d'incapacité temporaire totale de travail pour les Indemnités mensuelles frais professionnels et de revenu,
- à hauteur de 50% de la garantie pendant les 3 mois suivants pour les Indemnités mensuelles frais professionnels et de revenu,
- à hauteur de 25% de la garantie :
 - pendant les 6 mois suivants pour la garantie Indemnité mensuelle frais professionnels puis pour la garantie Indemnité mensuelle frais professionnels plus
 - pendant les 21 mois suivants pour la garantie Indemnité mensuelle de revenu.

En tout état de cause, pour la famille des psychopathologies, le cumul des indemnités versées dans le temps ne peut excéder 27 mois, même en cas de rechute ou de récurrence.

Pour les psychopathies entraînant le placement d'office ou l'hospitalisation sur demande d'un tiers (Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011), les indemnités mensuelles prévues en cas d'incapacité temporaire de travail sont acquises en totalité dans les limites prévues aux articles 20 et 21 pendant la durée de l'hospitalisation.

D - LA MATERNITÉ

1. La naissance ou l'adoption

La naissance ou l'adoption d'un enfant donne lieu au versement au profit de la sociétaire d'une allocation forfaitaire de maternité. Cette allocation est majorée à la 2^{ème} naissance puis à la 3^{ème} naissance. Son montant reste identique pour les naissances suivantes.

Les montants sont fixés aux conditions particulières.

C'est le rang de l'enfant qui est pris en compte pour le versement de la prime.

Les allocations se cumulent en cas de naissances multiples.

Pour bénéficier de cette allocation forfaitaire de maternité, l'assurée doit remettre une copie du livret de famille ou des actes de naissance de chaque enfant.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

2. La grossesse pathologique, les suites et conséquences pathologiques de la grossesse

La grossesse pathologique :

l'assureur garantit la prise en charge de l'incapacité temporaire totale de travail consécutive à une grossesse pathologique, lorsque celle-ci est justifiée par l'obligation médicale d'un repos à domicile ou à l'hôpital notamment consécutive à :

- un cerclage,
- une menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par béta2 mimétique, un traitement progestatif ou des traitements médicamenteux équivalents,
- un décollement placentaire authentifié par échographie,
- une souffrance foetale,
- des métrorragies,
- une pathologie du placenta,
- une môle hydatiforme, un choriocarcinome,
- une pathologie du liquide amniotique.

Les Indemnités mensuelles de revenu⁽¹⁾ et frais professionnels sont payables, selon la franchise choisie par l'assuré pour ces garanties, à partir du 8^{ème}, 15^{ème} ou 31^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail jusqu'à la veille du congé légal de maternité, sous réserve de la réception d'un certificat médical attestant de la pathologie en cause, adressé directement sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur.

En cas de survenance d'une affection ou d'un accident pendant la période de grossesse, il appartient au Médecin Conseil de l'assureur de déterminer les modalités normales de prise en charge de l'atteinte en cause indépendamment de la grossesse.

⁽¹⁾ L'Indemnité mensuelle de revenu est versée après déduction des éventuelles indemnités journalières servies par le régime obligatoire.

Les suites et conséquences pathologiques de la grossesse

L'assureur garantit la prise en charge de l'incapacité temporaire totale de travail consécutive aux suites et conséquences pathologiques de la grossesse dûment attestée par un certificat médical adressé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'assureur.

Les Indemnités mensuelles de revenu, frais professionnels, frais professionnels plus sont payables à partir du lendemain de la fin du congé légal de maternité dans la limite de la durée de versement de chaque garantie.

Lorsque la maternité a fait l'objet d'une grossesse pathologique, l'indemnisation de ce sinistre se poursuit au titre des suites et conséquences de la grossesse sans application d'un nouveau délai de franchise.

ART 23 LA GARANTIE INVALIDITÉ PLUS

En cas d'invalidité professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 33%, une indemnité forfaitaire est versée à l'assuré.

Cette indemnité est servie à hauteur du taux d'invalidité retenu, déterminé de la même manière que pour

l'Indemnité mensuelle de revenu en cas d'invalidité (Cf. article 21B)

L'indemnité forfaitaire Invalidité Plus est versée au plus tard jusqu'au terme retenu pour l'Indemnité mensuelle de revenu (Cf. article 21 C).

ART 24 L'ALLOCATION CONJOINT/ENFANT MALADE

Cette garantie couvre l'accident ou la maladie du conjoint de l'assuré ou de l'enfant de l'assuré (ou de son conjoint) de moins de 18 ans entraînant une hospitalisation minimale de 15 jours.

Une allocation mensuelle égale à 1/5^{ème} du montant de l'Indemnité mensuelle de revenu (indemnité servie les 3 premiers mois) correspondant à la convention choisie, est versée pendant la durée de l'hospitalisation.

L'allocation mensuelle est versée dès le premier jour d'hospitalisation pendant une durée maximale de 6 mois d'hospitalisation pour le conjoint, et 12 mois d'hospitalisation pour l'enfant, sur avis du Comité Médical.

Elle est interrompue au terme maximum de la garantie indemnité mensuelle de revenu telle que définie au paragraphe C de l'article 21.

Elle est versée sous réserve de la réception d'un bulletin de séjour hospitalier, justifiant la date d'entrée ainsi que la durée d'hospitalisation ou la date de sortie.

Cette garantie cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal de départ à la retraite.

IMPORTANT

- L'Allocation mensuelle conjoint/enfant malade n'est pas cumulable avec l'Indemnité mensuelle de revenu.
- En cas d'accident ou de maladie du conjoint de l'assuré et de l'enfant de moins de 18 ans, entraînant une hospitalisation simultanée minimale de 15 jours, une seule allocation mensuelle peut être servie.
- Il en est de même en cas d'accident ou de maladie de deux enfants ou plus entraînant une hospitalisation simultanée minimale de 15 jours.

ART 25 LE CAPITAL D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Cette garantie couvre l'invalidité professionnelle totale et définitive survenant suite à un accident ou à une maladie.

Le capital, librement fixé aux conditions particulières, est versé lorsque le taux d'invalidité professionnelle déterminé par le Comité Médical atteint ou dépasse 66% et entraîne la cessation définitive de l'exercice professionnel.

Si l'assuré n'a pas atteint son 56^{ème} anniversaire, le capital est versé en totalité. Au-delà, il est réduit de 1/5^{ème} par an.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

A compter du 60^{ème} anniversaire, le capital versé reste fixé à 1/5^{ème} du montant du capital jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite de l'assuré.

Le capital est payable dès la consolidation médicale dûment constatée.

Le terme de la garantie est fixé à l'âge légal de départ à la retraite de l'assuré.

ART 26 LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS DE LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE

A - OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

En cas d'accident, de maladie ou d'agression l'assuré ou toute personne agissant en son nom doit, dans les 10 jours de la survenance de l'événement, sous peine de déchéance totale ou partielle, sauf cas fortuit ou de force majeure, aviser l'assureur par écrit, par téléphone ou par fax et lui adresser le formulaire de déclaration de sinistre remis par l'assureur, précisant notamment la nature et l'historique de la pathologie ou lésion, les circonstances de survenance, accompagné des pièces sollicitées par ce formulaire dont :

- le certificat d'arrêt de travail initial, précisant la durée de l'arrêt de travail, le caractère total ou partiel, le diagnostic ou la description des lésions ainsi que la date des 1^{ers} signes ou symptômes, avec les éventuels comptes rendus, résultats d'examen, etc. ;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin comportant la date d'entrée et de sortie ;
- en cas d'accident/agression, le procès verbal, constat amiable, dépôt de plainte ;
- les déclarations fiscales de l'année N-1 et N-2 précisant les revenus et charges professionnels de l'assuré ;
- le Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'assuré pour le virement des prestations.

En cas de prolongation de l'incapacité de travail, l'avis d'arrêt de travail volet 1 et les éventuels comptes rendus, résultats d'examen etc..

En cours de sinistre, vous devez nous informer en cas de reprise anticipée totale ou partielle de vos activités professionnelles.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

B - OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS À PRESTATIONS

Toute demande d'ouverture ou de reconduction de droits à prestations présentée par l'assuré est soumise pour acceptation au Comité Médical (cf. art 4) qui dispose de

toutes possibilités d'instructions complémentaires, dans le respect du secret médical.

C - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- L'Indemnité mensuelle frais professionnels, l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus, l'Indemnité mensuelle de revenu, la garantie Invalidité plus, l'Allocation conjoint/enfant malade.

Ces prestations sont payables par virement automatique à terme échu (le premier de chaque mois et/ou au terme de l'arrêt de travail ou de l'hospitalisation pour l'allocation conjoint/enfant malade), sous réserve que toutes les pièces justificatives médicales ou administratives nécessaires à la prise en charge ou à la prolongation du service des Indemnités mensuelles ou de l'Allocation conjoint/enfant malade soient adressées à l'assureur avant le 20 du mois précédent.

Les dimanches et jours fériés sont indemnisés.

Clause d'ajustabilité :

L'indemnisation au titre des indemnités mensuelles s'effectue sur la base des montants de garantie prévus à la convention souscrite fixés aux conditions particulières dès lors que la moyenne mensuelle du revenu d'activité et des frais professionnels de l'assuré figurant au sein des déclarations fiscales des deux années précédant le jour de l'arrêt de travail s'inscrit dans une fourchette de plus ou moins 20% de ces montants de garantie.

Si cette moyenne est supérieure de plus de 20% aux garanties souscrites, l'assureur indemnise sur la base des indemnités mensuelles souscrites.

Si cette moyenne est inférieure de plus de 20% aux garanties souscrites, l'assureur indemnise sur la base de la moyenne mensuelle du revenu d'activité et des frais professionnels figurant au sein des déclarations fiscales des deux dernières années.

L'Indemnité mensuelle frais professionnels plus est versée dans la limite des frais professionnels subsistants visés à l'article 20 B.

Par ailleurs, l'assureur propose corrélativement à l'assuré la convention adaptée aux revenus constatés.

Pour s'assurer de cette adéquation, l'assureur se réserve la faculté de demander à tout moment à l'assuré la copie des déclarations fiscales des deux années précédant l'arrêt de travail.

Le refus de communication des déclarations fiscales par l'assuré entraîne la suspension du règlement des Indemnités mensuelles de revenu et frais professionnels.

- **Le Capital d'invalidité professionnelle :** ce capital est payable dans les 15 jours qui suivent l'accord du Comité Médical.

D - SUBROGATION DE L'ASSUREUR

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable du sinistre pour le remboursement des indemnités mensuelles qu'il a versées, liés à cet évènement.

TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT GROUPE

1. Les statuts de l'association souscriptrice

Les statuts, le règlement intérieur ainsi que la liste des membres du Conseil d'Administration de l'association souscriptrice sont disponibles pour l'assuré sur simple demande par courrier au siège de l'association souscriptrice, situé 79, rue de Tocqueville, 75017 PARIS.

Les statuts prévoient notamment :

- l'objet de l'association souscriptrice et les coordonnées de son siège social,
- l'établissement par le Conseil d'Administration de l'association souscriptrice d'un rapport annuel sur le fonctionnement du contrat groupe qui est à disposition des adhérents,
- la tenue, au moins une fois par an, d'une assemblée générale et les modalités d'exercice du droit de vote des adhérents,
- les conditions financières du bon fonctionnement de l'association souscriptrice et sa situation comptable.

2. Le mandat spécial de gestion et d'information donné par le/les souscripteurs à l'assureur

En application d'un mandat spécial annuellement reconductible, pour une durée équivalente à celle du contrat collectif lui-même dont il suit le régime, l'assureur est chargé par l'association souscriptrice et tout autre co-souscripteur de la gestion générale du contrat groupe, ainsi que de l'information individuelle des assurés, notamment sur l'évolution des dispositions contractuelles.

• L'information

Elle concerne :

- la communication des statuts et du règlement intérieur de l'association souscriptrice,
- la communication des noms, profession et fonction des membres de son conseil d'administration, selon les modalités définies au 1,
- les modalités d'adoption et du contenu des avenants modificatifs du contrat groupe,
- les conditions et les conséquences de la résiliation du contrat groupe.

• Les modalités d'adoption des avenants modificatifs du contrat groupe.

Indépendamment de la revalorisation des cotisations, garanties et prestations définie à l'article 10, les droits des assurés peuvent être modifiés par avenant entre le/les souscripteur(s) et l'assureur, voté en assemblée générale des membres de l'association souscriptrice.

Ces aménagements peuvent notamment intervenir dans les cas suivants :

- évolution du cadre législatif, réglementaire ou fiscal,
- évolution des régimes obligatoires de prévoyance,
- évolution des besoins spécifiques du groupe assuré en matière de garanties,
- évolution de la composition démographique du groupe assuré,
- résultats techniques du contrat,
- évolution des conditions de la réassurance.

Par ailleurs, le contrat est susceptible d'être modifié de plein droit par l'effet de dispositions législatives ou réglementaires.

• L'application des avenants modificatifs du contrat groupe

Tout aménagement du contrat groupe fait l'objet d'une information adressée de façon individuelle à chaque adhérent au contrat groupe, 3 mois avant son entrée en vigueur, le cas échéant via le journal d'information « Info prévoyance ».

Tout aménagement est applicable à l'ensemble des adhésions en cours à la date d'effet de l'avenant, à l'exclusion des sinistres en cours d'indemnisation ou survenus avant la date d'effet de l'avenant, qui demeurent régis par les dispositions contractuelles antérieures à l'avenant.

3. Les conditions et conséquences de la résiliation du contrat groupe

La résiliation du contrat groupe intervient de plein droit dans deux cas :

- dissolution ou cessation d'activité du souscripteur,
- retrait de l'agrément de l'assureur par l'ACPR.

L'association souscriptrice et l'assureur peuvent également résilier le contrat groupe le 31 décembre de chaque année, avec un préavis de 3 mois notifié par lettre recommandée.

Conformément à l'article 7 de la loi du 31/12/1989 :

- le non renouvellement ou la résiliation du contrat groupe, même par dissolution, est sans effet sur versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution,
- en cas de résiliation du contrat groupe, l'assureur s'engage à proposer individuellement à chaque assuré le maintien des garanties de même nature que celles dont il disposait précédemment.

Si un co-souscripteur met fin à sa co-souscription au contrat groupe, ce dernier se poursuit entre l'association souscriptrice, tout autre co-souscripteur non résiliant et l'assureur.

Il est expressément prévu entre les parties que l'exercice du droit de résiliation par un co-souscripteur n'entraîne aucun droit acquis d'exercer la résiliation pour le/les co-souscripteur(s) subsistant(s).

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

ANNEXE 1 - CRITERES SPECIFIQUES D'ADHESION

ÂGES LIMITES : ADHÉSION - ADJONCTION ET AUGMENTATION DE GARANTIES

Adhésion		veille du 57 ^{ème} anniversaire de l'assuré
Adhésion ou adjonction de la Garantie rente de conjoint (les conditions d'âge de l'assuré et du conjoint sont cumulatives)	Garantie de base	veille du 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré et veille du 55 ^{ème} anniversaire du conjoint
	Option rente viagère	veille du 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré et veille du 60 ^{ème} anniversaire du conjoint
Adjonction de garanties, augmentation de garanties (cf. art 3A)	Sphère privée	veille du 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré
	Sphère professionnelle	veille du 57 ^{ème} anniversaire de l'assuré

Au-delà des âges indiqués, seule une diminution ou une suppression des garanties est possible.

ANNEXE 2 - BARÈME D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Aliénation mentale incurable	100
Hémiplégie définitive	100
Cécité complète	100
TÊTE	
Épilepsies jacksonniennes suivant fréquence et intensité	10 à 100
Troubles de l'équilibre	10 à 100
Brèche osseuse crânienne avec perte de substance et suivant conséquences fonctionnelles	10 à 70
YEUX	
Perte de la vision d'un œil	25 à 100
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil	5 à 80
Orbite (altération des nerfs moteurs et sensitifs)	10 à 30
OREILLES	
Surdité complète non corrigible bilatérale	40 à 100
Surdité complète non corrigible unilatérale	10 à 40
Troubles labyrinthiques	10 à 50
NEZ	
Déviation de cloison	5
Sténose d'une narine	5
MAXILLAIRE SUPÉRIEUR (Fracture du)	
Suivant degré de déformation de l'articulé dentaire	5 à 60
MAXILLAIRE INFÉRIEUR (Fracture du)	
Suivant degré de déformation de l'articulé dentaire	5 à 60
Constriction des mâchoires	10 à 70
Perte Totale de la langue	100
Perte Partielle de la langue	5 à 70
RACHIS	
1- Rachis cervical	
- avec fracture atlas ou axis	10 à 55
- fracture vertèbre cervicale ou luxation non réductible (suivant troubles nerveux)	10 à 50
2- Rachis dorsal	
- fracture d'apophyses	5 à 25
- fracture du corps vertébral sans lésion sous-jacente	10 à 30
- fracture avec troubles névritiques	10 à 60
- fracture avec lésions médullaires permanentes	20 à 100
3- Sacrum	
- fracture sans déplacement ni lésion nerveuse	10 à 30
- fracture avec déplacement et lésion nerveuse	15 à 50
4- Coccyx	
- fracture avec déplacement	5 à 30
5- Bassin	
- fracture ischio-pubienne	15 à 75
- disjonction pubienne	10 à 25
6- Thorax	
- fracture du sternum	5 à 20
- fracture des côtes	5 à 55
- lésions péricardiques, valvulaires, myocardiques, traumatiques	20 à 80

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

ABDOMEN

Splénectomie.....	10 à 50
Cicatrices de parois abdominales (éventration).....	10 à 40

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Néphrectomie avec second rein normal.....	20 à 35
Uretère (rupture d'uretère) avec perte du rein.....	20 à 45
Rupture traumatique de la vessie.....	15 à 60
Cystite chronique.....	10 à 40
Fistule vésicale.....	10 à 60

MEMBRES SUPÉRIEURS

	Droit	Gauche
Perte complète du bras ou de l'usage du bras.....	60 à 100	60 à 100
Désarticulation du coude ou perte de l'usage du coude.....	40 à 100	40 à 100
Désarticulation de l'épaule ou perte de l'usage de l'épaule.....	30 à 100	30 à 100
Limitation des mouvements de l'épaule.....	15 à 80	15 à 80
Ankylose d'un membre supérieur.....	30 à 100	30 à 100
Ankylose du coude.....	20 à 100	20 à 100
Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible).....	40 à 100	40 à 100
Fracture de l'avant bras avec perte partielle des mouvements du poignet.....	20 à 100	20 à 100
Perte complète des mouvements du poignet avec ankylose des doigts.....	40 à 100	40 à 100
Perte complète des mouvements du poignet en bonne position avec doigts mobiles.....	30 à 60	30 à 60
Paralysie totale d'un membre supérieur.....	60 à 100	60 à 100
Paralysie totale du plexus brachial.....	60 à 100	60 à 100
Paralysie totale du nerf circonflexe.....	15 à 75	15 à 75
Paralysie totale du nerf médian du bras.....	35 à 100	35 à 100
Paralysie totale du nerf médian du poignet.....	10 à 40	10 à 30
Paralysie totale du nerf cubital au coude.....	15 à 80	10 à 60
Paralysie totale du nerf cubital au poignet.....	15 à 80	15 à 80
Paralysie totale du nerf radial au-dessus du triceps.....	30 à 90	20 à 80
Paralysie totale du nerf radial au-dessous du triceps.....	20 à 60	15 à 50
Perte complète de la main (désarticulation radiocarpienne).....	60 à 100	50 à 100
Perte complète du pouce.....	20 à 100	15 à 100
Perte complète de l'index.....	20 à 100	15 à 100
Perte complète du médius.....	20 à 100	15 à 100
Perte complète de l'annulaire.....	10 à 30	5 à 20
Perte complète de l'auriculaire.....	10 à 20	5 à 10
Perte complète de la phalange unguéale du pouce.....	10 à 100	10 à 100
Perte complète de la phalangette de l'index ou du médus.....	5 à 80	5 à 80
Perte de sensibilité de la dernière phalangette du pouce ou de l'index.....	0 à 30	0 à 15

Toute amputation ne laissant qu'une phalangette appartenant à la main sera considérée comme équivalent à la perte totale du doigt correspondant.

Si l'assuré, en souscrivant, s'est déclaré gaucher, les désignations "gauche" et "droite" seront inversées.

L'ankylose du pouce, des doigts, donne droit à 66 % de l'Indemnité prévue pour la perte de ces organes.

MEMBRES INFÉRIEURS

Désarticulation de la hanche.....	80 à 100
Amputation de la cuisse au tiers supérieur.....	60 à 100
Amputation de la cuisse au-dessous du tiers supérieur.....	50 à 100
Amputation de la jambe (suivant hauteur).....	40 à 100
Amputation du pied suivant le type de l'opération.....	25 à 60
Amputation des 5 orteils.....	10 à 20
Amputation du gros orteil.....	5
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou de la jambe non opérable et non appareillable.....	40 à 100
Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe appareillable.....	30 à 70
Ankylose de la hanche en position défavorable.....	55 à 100
Ankylose de la hanche en position favorable.....	40 à 70
Ankylose du genou en position défavorable.....	25 à 70
Ankylose du genou en position favorable.....	25 à 50
Ankylose du pied.....	5 à 20
Fracture non consolidée de la rotule.....	10 à 50
Fracture de la jambe et fracture malléolaire.....	10 à 50
Fracture du col du fémur suivant raccourcissement et suivant gêne fonctionnelle.....	20 à 60
Paralysie totale et absolue du membre inférieur.....	25 à 100
Paralysie totale du nerf sciatique.....	10 à 60
Paralysie totale du nerf crural.....	20 à 50
Paralysie totale du poplité externe.....	15 à 40
Paralysie totale du poplité interne.....	15 à 30
Paralysie totale du nerf tibial postérieur.....	10 à 30

ANNEXE 3 - SERVICES D'AIDE À LA PERSONNE

Extrait de la Convention n° 17T conclue entre la MACSF assurances et Fragonard Assurances.

Le texte intégral peut être obtenu en écrivant au siège administratif de la MACSF assurances, 10 cours du Triangle de l'Arche - 92919 La Défense Cedex.

Les prestations d'assistance sont assurées par Fragonard Assurances (Société Anonyme au capital de 37 207 660 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 Paris) et mises en œuvre par Mondial Assistance France (S.A.S. au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social : 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669). Entreprises soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, ci-après dénommées "MACSF Assistance".

Les services MACSF Assistance sont inclus au sein du contrat Plan de Prévoyance, sauf demande contraire expresse formulée par l'adhérent.

A - OBJET

Cette assistance permet l'accès à une série de services d'aide à la personne.

Cette option prend effet à compter de la date d'adhésion figurant au sein des conditions particulières ou de l'avenant établissant son insertion.

- Les services sont assurés pendant la période d'assurance.
- Les prestations d'assistance s'appliquent en France métropolitaine, Monaco, Andorre, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et l'Île de la Réunion sous réserve des dispositions spécifiques décrites au paragraphe C de la présente annexe.

Seules les prestations "transports de corps" et "frais médicaux" s'appliquent dans le monde entier.

Les bénéficiaires sont :

- l'adhérent souscripteur du contrat Plan de Prévoyance auprès de la MACSF et/ou son conjoint, co-signataire d'un PACS, concubin, non séparés,
- leurs enfants fiscalement à charge ou vivant de manière régulière sous le toit de l'adhérent au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études sans activité professionnelle rémunérée. La notion de régularité comprend les cas de garde alternée et de droit de visite et d'hébergement,
- les personnes dépendantes au sens de l'article B.6 de la présente annexe, résidant en France métropolitaine, Andorre, Monaco, Martinique, Guadeloupe, Guyane et à l'Île de la Réunion et vivant habituellement sous le même toit,
- le personnel de l'adhérent pour certaines prestations en cas d'agression dans le cadre de l'activité professionnelle.

Les événements garantis sont :

- l'accident ou la maladie entraînant une hospitalisation imprévue (hors maternité) de l'adhérent ou de son

- conjoint, ou son co-signataire d'un PACS ou son concubin,
- l'hospitalisation liée à la maternité de l'adhérent ou de son conjoint ou son co-signataire d'un PACS ou son concubin,
- l'accident ou la maladie entraînant une immobilisation imprévue au domicile de l'adhérent ou de son conjoint, ou son co-signataire d'un PACS ou son concubin,
- l'accident ou la maladie entraînant l'immobilisation au domicile des enfants de moins de 16 ans,
- l'agression ou la menace dans le cadre de l'activité professionnelle,
- les frais médicaux à l'étranger,
- le décès de l'un des bénéficiaires,
- les maladies reconnues comme affections de longue durée.

B - DÉFINITIONS

Les définitions ci-après s'appliquent uniquement à la présente annexe.

1. La maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme.

2. L'accident

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie peut être assimilée à un accident.

3. L'agression

Attaque brutale et soudaine dans le cadre de l'activité professionnelle et faisant l'objet d'un dépôt de plainte.

4. L'hospitalisation imprévue

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile, consécutif à un accident ou à une maladie, prescrit en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées.

L'hospitalisation imprévue doit correspondre à une intervention ou acte médical qui ne peut être reporté de plus de 3 mois. Sont exclus les soins esthétiques, dentaires ou de réhospitalisation pour le même fait générateur que l'hospitalisation initiale.

5. L'immobilisation imprévue

Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément. Celle-ci doit être consécutive à un accident ou à une maladie et constatée par un médecin. Elle doit nécessiter un repos au domicile prescrit par un médecin.

6. Les personnes dépendantes

Ce sont les personnes qui ne sont pas autonomes, fiscalement à charge et vivant sous le même toit que l'adhérent.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

7. Les petits-enfants

Ce sont les petits-enfants de moins de 16 ans dont la garde temporaire a été confiée à l'adhérent grand-parent.

8. Les proches

Ils recouvrent toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire (France métropolitaine, Andorre, Monaco, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et l'Île de la Réunion).

9. Les membres de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint ou co-signataire d'un PACS ou concubin de l'adhérent, frères, soeurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-soeurs de l'adhérent domiciliés en France métropolitaine, Andorre, Monaco, Martinique, Guadeloupe, Guyane et l'Île de la Réunion.

10. Le transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 1^{ère} classe,
- avion en classe économique,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

11. Le domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine, Andorre, Monaco, Martinique, Guadeloupe, Guyane et l'Île de la Réunion.

12. Affection de longue durée (ALD)

Maladie reconnue comme affection de longue durée (par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe 3 catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les affections dites "hors liste" : maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapie particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois ;
- par extension, sont considérées comme des Affections de longue durée les pathologies nécessitant un traitement de chimiothérapie et de radiothérapie.

C - LES GARANTIES ASSISTANCE

Les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MACSF Assistance.

Mise en œuvre 7 jours / 7 et 24 h / 24 en contactant

MACSF Assistance au

0 811 703 310 Service 0,15 €/appel + prix appel

Ou par télécopie au 01 40 25 54 60

Les prestations d'assistance seront mises en œuvre, après délivrance d'un avis du Conseil Social de MACSF Assistance qui permettra de déterminer et d'ajuster les prestations d'assistance nécessaires compte tenu de la situation individuelle du bénéficiaire.

Dispositions spéciales pour les non résidents en France métropolitaine :

Pour les résidents de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Guyane et de l'Île de la Réunion :

Les prestations, "accompagnement psychologique", "garde d'animaux", "gardiennage des locaux", "transport", "préparation du retour au domicile", "portage de repas", "fermeture du domicile quitté en urgence", "livraison de courses", "prestations bien-être" et "aide au retour à la vie professionnelle" ne sont pas proposées et ne sont donc jamais prises en charge.

Sont effectués exclusivement au départ de la Guyane ou de l'île de résidence :

- le transfert des enfants ou petits enfants de moins de 16 ans ou des personnes dépendantes ou des proches,
- la présence d'un proche au chevet du bénéficiaire,
- la présence d'un proche au domicile pour garder l'enfant malade ou blessé et/ou une personne dépendante.

La prestation "Transport de corps" est organisée vers l'île de résidence ou vers la Guyane.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Les prestations générales de services

Le service Conseil social

Apporte par téléphone toutes les réponses aux demandes d'informations sur la législation sociale : communication de renseignements sur le décès, la gestion du handicap et de l'invalidité, la retraite, la maternité, les aides sociales, l'aménagement de l'habitat,...

Enfants malades ou blessés de moins de 16 ans

- **Garde au chevet de l'enfant** : organisation et prise en charge d'un personnel qualifié à domicile dans la limite de 28 heures par évènement avec un minimum de 4 heures consécutives et un maximum de 10 heures par jour pendant les heures normales de travail.
Le délai de mise en place est de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de garde.

Ou

- **Présence d'un proche au chevet de l'enfant** : organisation et prise en charge du coût du transport aller et retour d'un proche résidant en France métropolitaine pour se rendre au domicile du bénéficiaire.

Les prestations ne sont pas cumulables.

Aide pédagogique à domicile ou à l'hôpital en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation supérieure à 15 jours et l'empêchant de poursuivre sa scolarité :

- organisation et prise en charge (sur présentation d'un certificat médical) de 10 heures par semaine, dans la limite de 10 semaines par année scolaire hors vacances scolaires et jours fériés, à compter du 16^{ème} jour d'immobilisation ou d'hospitalisation, tous cours confondus.

Cette prise en charge est fractionnable dans la limite de 5 déplacements par semaine du répétiteur scolaire, par tranche de 3 heures consécutives minimum. Cette prestation cesse dès que l'enfant a repris ses cours.

Cette prestation s'effectue sous réserve que l'établissement hospitalier donne son accord explicite.

Le délai de mise en place est de 48 heures maximum.

L'aide pédagogique s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

En cas d'hospitalisation d'un enfant en urgence :

- garde au domicile des autres enfants et/ou des petits-enfants de moins de 16 ans et/ou des personnes dépendantes : organisation et prise en charge d'un personnel qualifié à domicile dans la limite de 28 heures par évènement avec un minimum de 4 heures consécutives et un maximum de 10 heures par jour pendant les heures normales de travail,

Ou

- transfert avec choix entre :
 - prise en charge du transport aller et retour d'un proche résidant en France métropolitaine pour se rendre au domicile du bénéficiaire,
 - prise en charge du transport aller et retour des autres enfants et/ou des petits-enfants de moins de 16 ans et/ou des personnes dépendantes pour se rendre au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine.

Les prestations ne sont pas cumulables.

Les services en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint (hors maternité)

Aide à domicile :

- organisation et prise en charge jusqu'à 40 heures réparties sur les 30 jours suivant le retour au domicile avec un minimum de 2 heures consécutives par jour.

Garde au domicile des enfants ou des petits-enfants de moins de 16 ans ou des personnes dépendantes :

- organisation et prise en charge d'un personnel qualifié à domicile dans la limite de 28 heures par évènement avec un minimum de 4 heures consécutives et un maximum de 10 heures par jour pendant les heures normales de travail,

Ou

- transfert avec choix entre :
 - organisation et prise en charge du transport aller et retour d'un proche résidant en France métropolitaine pour se rendre au domicile du bénéficiaire,
 - organisation et prise en charge du transport aller et retour des enfants et/ou des petits-enfants de moins de 16 ans et/ou personnes dépendantes pour se rendre au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine.

Les prestations ne sont pas cumulables.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Les services en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint (hors maternité) suite

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire :

- organisation et prise en charge du transport aller et retour depuis le domicile du proche résidant en France métropolitaine et prise en charge des frais d'hôtel sur place à concurrence de 60 € TTC par nuit avec un maximum de 3 nuits.

Les frais de restauration sont exclus.

Garde des animaux familiers * (chien, chat) :

- prise en charge, pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pour une période de 30 jours, de la garde à domicile ou dans un centre agréé.

* Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

L'animal concerné devra avoir reçu les vaccinations obligatoires.

Le délai de mise en place est de 5h maximum à compter des heures d'ouverture des différents réseaux d'assistance et de gardiennage.

Transport :

- organisation et prise en charge du transport non médicalisé à hauteur de 100 € TTC par trajet, si aucun proche ne peut accompagner les bénéficiaires aux rendez-vous médicaux, activités professionnelles ou scolaires et périscolaires pour les enfants.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Préparation du retour au domicile :

- organisation et prise en charge de la venue d'un prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire les courses.

Le coût des courses reste à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité. MACSF Assistance peut organiser le transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Portage de repas :

- organisation et prise en charge dans la limite de 100 € TTC du portage de repas au domicile du bénéficiaire sous forme de pack de 5 ou 7 "déjeuners + dîners".

Le délai de mise en place est de 4 jours ouvrés maximum à compter de la demande.

Ce service n'est pas disponible les samedi, dimanche et jours fériés.

Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, MACSF Assistance peut proposer l'intervention d'un prestataire pour préparer les repas au domicile jusqu'à hauteur de 100 € TTC.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Fermeture du domicile quitté en urgence :

- organisation et prise en charge de la venue d'un prestataire aide à domicile afin de fermer les accès du domicile, éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité et si le bénéficiaire a quitté son domicile précipitamment.

La prestation dure au minimum 2 heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Livraison de courses :

- organisation et prise en charge dans la limite de 100 € TTC de la livraison des courses à domicile.

Le coût des courses reste à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Prestations de bien-être :

- Remboursement sur facture dans la limite de 50 € TTC des services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire.

Y compris ceux réalisés à domicile.

Ces prestations sont remboursées 2 fois par année civile maximum.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Les services en cas d'hospitalisation en maternité de l'adhérent ou de son conjoint

Aide à domicile à la suite d'un accouchement avec un séjour en maternité inférieur à 6 jours :

- organisation et prise en charge jusqu'à 12 heures maximum avec un minimum de 2 heures consécutives par jour réparties sur les 10 jours suivant la sortie de la maternité.

Ou

Aide à domicile à la suite d'un accouchement, en cas de séjour en maternité supérieur ou égal à 6 jours :

- organisation et prise en charge jusqu'à 40 heures maximum avec un minimum de 2 heures consécutives par jour réparties sur les 30 jours suivant la sortie de la maternité.

Les prestations ne sont pas cumulables.

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire en cas de séjour en maternité supérieur à 6 jours :

- organisation et prise en charge du transport aller et retour depuis le domicile du proche résidant en France métropolitaine et prise en charge des frais d'hôtel sur place à concurrence de 60 € TTC par nuit avec un maximum de 3 nuits.

Les frais de restauration sont exclus.

Les services en cas d'immobilisation imprévue supérieure à 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint

Aide à domicile :

- organisation et prise en charge jusqu'à 40 heures maximum avec un minimum de 2 heures consécutives par jour réparties sur les 30 jours pendant l'immobilisation.

Aide pratique aux actes de la vie courante en cas d'invalidité :

- organisation de soins à domicile (garde-malade, infirmière, kinésithérapeute, ...),
- organisation de services (portage de repas, coiffeur à domicile, petits travaux d'appoint, ...),
- recherche de façon ponctuelle d'une personne pour effectuer une démarche administrative, faire des courses, accompagner le bénéficiaire lors d'une visite médicale.

Le coût du service reste à la charge du bénéficiaire.

Prise en charge de l'acheminement de médicaments et de matériel médical à domicile.

Le coût des médicaments et du matériel médical reste à la charge du bénéficiaire.

Bilan habitat vie en cas d'invalidité :

- organisation des services liés à l'aménagement de l'habitat.

Le coût des services reste à la charge du bénéficiaire.

Transport :

- organisation et prise en charge du transport non médicalisé à hauteur de 100 € TTC par trajet, si aucun proche ne peut accompagner les bénéficiaires aux rendez-vous médicaux, activités professionnelles ou scolaires et périscolaires pour les enfants.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Portage de repas :

- organisation et prise en charge dans la limite de 100 € TTC du portage de repas au domicile du bénéficiaire sous forme de pack de 5 ou 7 "déjeuners + dîners".

Le délai de mise en place est de 4 jours ouvrés maximum à compter de la demande.

Ce service n'est pas disponible les samedi, dimanche et jours fériés.

Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, MACSF Assistance peut proposer l'intervention d'un prestataire pour préparer les repas au domicile jusqu'à hauteur de 100 € TTC.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Livraison de courses :

- organisation et prise en charge dans la limite de 100 € TTC de la livraison des courses à domicile.

Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Prestations de bien-être :

- Remboursement sur facture dans la limite de 50 € TTC des services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire.

Y compris ceux réalisés à domicile.

Ces prestations sont remboursées 2 fois par année civile maximum.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Les services d'assistance aux personnes en cas d'affection de longue durée

Aide à domicile :

- organisation et prise en charge de 20 heures maximum par an avec un minimum de 2 heures consécutives par jour en fonction des besoins, afin d'aider le bénéficiaire dans ses tâches et démarches quotidiennes.

Transport :

- organisation et prise en charge du transport non médicalisé à hauteur de 100 € TTC par trajet, si aucun proche ne peut accompagner les bénéficiaires aux rendez-vous médicaux, activités professionnelles ou scolaires et périscolaires pour les enfants.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Portage de repas :

- organisation et prise en charge dans la limite de 100 € TTC du portage de repas au domicile du bénéficiaire sous forme de pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le délai de mise en place est de 4 jours ouvrés maximum à compter de la demande.

Ce service n'est pas disponible les samedi, dimanche et jours fériés.

Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, MACSF Assistance peut proposer l'intervention d'un prestataire pour préparer les repas au domicile jusqu'à hauteur de 100 € TTC.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Livraison de courses :

- organisation et prise en charge dans la limite de 100 € TTC de la livraison des courses à domicile.

Le coût des courses reste à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation est mise en œuvre 2 fois par année civile maximum.

Prestations de bien-être :

- Remboursement sur facture dans la limite de 50 € TTC des services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire.

Y compris ceux réalisés à domicile.

Ces prestations sont remboursées 2 fois par année civile maximum.

Aide au retour à la vie professionnelle :

- Prestation délivrée lorsque le bénéficiaire :

- est âgé d'au moins 20 ans,
- est atteint d'une Affection de longue durée médicalement constatée ayant entraîné un arrêt de travail de plus de 2 mois entraînant des séquelles et rendant difficile la réintégration dans sa fonction actuelle, le bénéficiaire n'étant plus physiquement en mesure de reprendre définitivement tout ou partie de son activité professionnelle.

Le bénéficiaire doit être jugé médicalement apte à entreprendre une démarche de retour à la vie professionnelle, et autoriser le médecin de MACSF Assistance à s'en assurer auprès de son médecin traitant.

Le bénéficiaire dispose d'un délai de 24 mois à partir du jour où sa maladie est reconnue comme affection longue durée (ALD) par l'Assurance maladie.

La prestation est mise en œuvre une seule fois.

Cette prestation prévoit :

- une aide à la réflexion professionnelle délivrée par téléphone, la durée de l'aide à la réflexion professionnelle est de 3 mois à compter de la date d'envoi du questionnaire d'auto-évaluation ;
- un accompagnement psychologique.

Le bénéficiaire est mis en relation avec un psychologue proche de son domicile.

La prise en charge du coût des consultations s'effectue à hauteur de 12 heures maximum.

Cette prestation est mise en œuvre dans un délai de 3 mois à compter de la date de la première consultation.

Accompagnement Social - Bilan de situation :

- L'Accompagnement social comprend :

- une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique du bénéficiaire,
- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques du bénéficiaire et ses habitudes de vie,
- un plan d'aide pour faciliter sa vie à domicile,
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : les prestations familiales, l'emploi et le chômage, le logement, la maladie et l'accident, le handicap et l'invalidité, la retraite,
- des informations sur les aides auxquelles le bénéficiaire peut prétendre : transport, hébergement, aide à domicile, etc.,
- des recommandations sur les démarches à entreprendre pour bénéficier des dispositifs d'aide de droit commun,
- une aide aux démarches administratives : identification des organismes, aide à la rédaction des courriers et à la constitution des dossiers.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Les services d'assistance aux personnes en cas d'agression ou menace dans le cadre de l'activité professionnelle

Mise à disposition d'un taxi pour l'adhérent ou son personnel victime de l'agression :

- prise en charge du taxi à concurrence de 40 € TTC du lieu de travail ou du domicile pour effectuer le dépôt de plainte au commissariat le plus proche,

Et

- prise en charge du taxi du domicile au lieu de travail à concurrence de 150 € TTC dans la limite de 7 jours suivant le dépôt de plainte.

Transport à l'hôpital pour l'adhérent et son personnel :

- organisation et prise en charge du transport jusqu'au centre de soins le plus proche,

Et

- organisation et prise en charge du retour à domicile à concurrence de 40 € TTC.

Garde à domicile pour les enfants de moins de 16 ans de l'adhérent :

- dans les 4 jours qui suivent le dépôt de plainte : prise en charge d'un personnel qualifié à domicile dans la limite de 14 heures par évènement avec un minimum de 4 heures consécutives et un maximum de 10 heures par jour pendant les heures normales de travail.

Acheminement à l'école des enfants de moins de 16 ans de l'adhérent :

- organisation et prise en charge de 5 allers et retours maximum et à concurrence de 150 € TTC dans les 7 jours suivant l'agression.

Venue d'un proche au chevet de l'adhérent :

- prise en charge du transport aller et retour d'un proche résidant en France métropolitaine.

Les services d'assistance pour le local et l'activité professionnelle en cas d'agression ou de menace sur le lieu de travail

Intervention d'un serrurier en cas de vol de clés ou de serrure forcée :

- organisation et prise en charge des frais de déplacement à concurrence de 100 € TTC.

Gardiennage du local rendu vulnérable :

- organisation et prise en charge du gardiennage du local à concurrence de 72 heures.

Aide ménagère pour remettre en état le local dégradé :

- organisation et prise en charge des frais dans la limite de 10 heures dans les 3 jours suivant le dépôt de plainte.

Aide en cas de vol, de destruction de documents :

- informations sur les démarches administratives à effectuer.

Information aux personnes désignées par l'adhérent : report ou annulation de rendez vous.

Garantie des frais médicaux à l'étranger pour les bénéficiaires en urgence

Remboursement des frais médicaux d'urgence engagés à l'étranger sur ordonnance médicale :

- remboursement des frais d'honoraires médicaux, médicaments prescrits, frais d'hospitalisation et chirurgicaux,
- remboursement des soins dentaires à concurrence de 153 € TTC maximum, sous les mêmes conditions.

Le montant maximum de remboursement est de 4 575 € TTC par bénéficiaire sur présentation des justificatifs, sous déduction des sommes remboursées par le Régime obligatoire ou l'organisme de Prévoyance auquel sont affiliés le ou les bénéficiaires et des avances consenties par MACSF Assistance et non encore remboursées.

Avance sur frais dans la limite de 4 575 € TTC sur justificatif.

Le bénéficiaire s'engage à effectuer les démarches auprès des organismes sociaux et à reverser les sommes perçues à MACSF Assistance.

Dans tous les cas, une franchise de 30 € par bénéficiaire est appliquée à chaque dossier.

Le bénéficiaire doit déclarer toute hospitalisation ou intervention chirurgicale dans un délai de 48 heures.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

Important : les garanties assurées pendant l'hospitalisation et pendant l'immobilisation au domicile de l'adhérent ou de son conjoint, y compris la maternité, ne sont pas cumulables pour un même événement.

Décès de l'un des bénéficiaires

Garde au domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou des personnes dépendantes :

- organisation et prise en charge d'un personnel qualifié à domicile dans la limite de 28 heures par événement avec un minimum de 4 heures consécutives et un maximum de 10 heures par jour pendant les heures normales de travail,

Ou

transfert avec choix entre :

- organisation et prise en charge du transport aller et retour d'un proche résidant en France métropolitaine pour se rendre au domicile du bénéficiaire,
- organisation et prise en charge du transport aller et retour des enfants et/ou petits-enfants et/ou des personnes dépendantes pour se rendre au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine.

Les prestations ne sont pas cumulables.

Transport de corps :

- en cas de décès de l'un des bénéficiaires lors d'un déplacement survenant à plus de 50 km du domicile principal, MACSF Assistance organise le transport du corps, jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine pour les résidents en France métropolitaine.

Les frais de transport, d'embaumement et d'administration sont pris en charge. Les frais de cercueil sont également pris en charge à concurrence de 763 € TTC.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, etc... est du ressort exclusif de MACSF Assistance.

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, MACSF Assistance prend en charge les frais de rapatriement et non les frais d'exhumation.

Avance de fonds de 3 050 € TTC maximum pour couvrir les frais d'obsèques :

Cette avance est remboursable, sans intérêts, dans un délai de 3 mois.

Accompagnement psychologique

En cas de découverte de maladie grave, d'accident, d'agression (dans le cadre de l'activité professionnelle) dont a été victime l'adhérent ou son personnel et en cas de décès d'un proche :

- prise en charge sous 30 jours suivant l'événement d'un suivi pendant 2 mois comprenant 3 entretiens téléphoniques avec un psychologue.
- proposition d'orientation éventuelle vers une structure locale compétente.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

D - LES CAS D'EXCLUSIONS DE GARANTIE

Exclusions communes applicables à l'ensemble des garanties Assistance

MACSF Assistance n'est pas tenue d'intervenir si le bénéficiaire a commis de façon volontaire une infraction à la législation française.

Par ailleurs, sont exclues les conséquences :

- des frais non justifiés par des documents originaux,
- des maladies ou accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- des maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées du bénéficiaire, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- des maladies du bénéficiaire nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmier à domicile,
- des tentatives de suicide,
- des états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non prescrits médicalement et de la consommation d'alcool,
- des accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une Fédération Sportive et pour laquelle une licence est délivrée,
- les frais de recherche et de secours en montagne et en mer.

Exclusions spécifiques à certaines garanties

- Les garanties couvrant l'hospitalisation imprévue ne s'appliquent pas :
 - aux séjours en maison de repos et cures thermales,
 - aux hospitalisations planifiées,
 - à l'hospitalisation de jour,
 - à l'hospitalisation à domicile.
- Pour la prestation Aide pédagogique sont exclues les phobies scolaires.
- Le service "Remboursement des frais médicaux engagés à l'étranger" ne donne pas lieu au remboursement :
 - des frais médicaux inférieurs à 30 € TTC,
 - des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :
 - consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement avant la date de garantie,

- entrepris volontairement par convenance personnelle dans un but de diagnostic et/ou de traitement,

- occasionnés par le traitement d'un état pathologique, physiologique ou physique constaté médicalement avant la date d'effet de la garantie, à moins d'une complication nette et imprévisible,

- des frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- des frais de soins dentaires supérieurs à 153 € TTC,
- des frais engagés en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane et l'Île de la Réunion et qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger,
- des frais de cure thermique et de séjour en maison de repos,
- des frais de rééducation,
- des frais occasionnés par le diagnostic ou la surveillance d'un état de grossesse à moins d'une complication nette et imprévisible de cet état,
- des frais consécutifs aux traitements ordonnés en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Guyane et l'Île de la Réunion avant le départ du bénéficiaire ou après son retour.

La garantie décès ne s'applique pas :

- aux frais non indispensables au transport de corps,
- aux frais d'exhumation.

Exclusions des conséquences des risques graves et sériels

- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou locales du pays où le bénéficiaire séjourne.

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

PLAN DE PRÉVOYANCE MÉDECINS LIBÉRAUX

E – LA MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont accordées pendant la durée de validité du contrat liant MACSF et Fragonard Assurances.

F - LIMITATIONS DE GARANTIES

MACSF Assistance ne peut être tenue responsable de la non exécution des prestations ou de leur retard d'exécution pour cas de force majeure ou d'interdiction émanant des autorités locales ou pour cause de grèves. MACSF Assistance ne peut se substituer aux services de secours publics.

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, MACSF Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations d'assistance.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat.

MACSF assurances - SIREN N° 775 665 631 | **MACSF prévoyance** - SIREN n° 784 702 375
Sociétés d'Assurances Mutuelles | Entreprises régies par le Code des Assurances
Siège social : cours du Triangle, 10 rue de Valmy, 92800 PUTEAUX
Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 70400, 92919 LA DEFENSE CEDEX | France

ASSUMED | Association pour les Assurances Médicales | 79, rue de Tocqueville, 75017 PARIS