

vos revenus

# Prévoyance Infirmiers

**CONTRAT GROUPE  
N° 255**

Souscrit auprès de Predica  
et de La Médicale de France  
par La Médicale Vie-Prévoyance  
(Association loi 1901)



**Notice  
d'Information**



**La médicale**  
assure les professionnels de santé

# Sommaire

## DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES DES CONTRATS GROUPE N° 255 PR ET N° 255 M

3

❖ <b>Préliminaires</b> .....	4
Cadre juridique .....	4
Définitions .....	4
❖ <b>Portée des garanties</b> .....	5
Où s'exercent nos garanties ? .....	5
Ce que nous ne garantissons en aucun cas.....	5
❖ <b>Adhésion</b> .....	6
Comment pouvez-vous adhérer ?.....	6
Quand votre adhésion prend-elle effet ? .....	6
Comment est fixée la cotisation ? .....	6
Quand et comment pouvez-vous modifier vos garanties ?.....	6
Quand et comment sont désignés les bénéficiaires en cas de décès ? .....	6
Comment votre adhésion peut-elle être résiliée ? .....	7
Quand les garanties expirent-elles ?.....	7
❖ <b>Obligations en cours de contrat</b> .....	8
Que devez-vous déclarer ? .....	8
Quand et comment régler vos cotisations ? .....	8
Comment sont revalorisées les garanties et les cotisations ? .....	8
Que faire en cas de sinistre ? .....	8
Que faire en cas de litige entre nous ? .....	9
❖ <b>Dispositions diverses</b> .....	9
Loi Informatique et Libertés .....	9
Médiation.....	9
Prescription .....	9
Archivage .....	9

## LIVRET 1 : CONTRAT D'ASSURANCE PRÉVOYANCE N° 255 PR

11

❖ <b>Plan maladie-accident</b> .....	14
<b>Incapacité temporaire</b> .....	14
Garantie Incapacité temporaire relais – 90 jours.....	14
Garantie Incapacité temporaire professionnelle - 365 jours .....	14
Garantie Incapacité temporaire – 540 jours.....	14
Franchise applicable en cas d'hospitalisation .....	14
Dispositions particulières pour l'ensemble des formules de garanties.....	14
Comment versons-nous l'indemnité journalière ? .....	14
Comment intervenons-nous en cas de rechute ?.....	15
Comment intervenons-nous si, au cours d'un arrêt de travail, vous êtes à nouveau victime d'un accident ou d'une maladie intercurrent? .....	15
<b>Invalité professionnelle permanente</b> .....	15
Garantie Invalité professionnelle permanente totale ou partielle .....	15
Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? .....	15
Comment versons-nous la rente ? .....	15

<b>Exonération</b> .....	<b>16</b>
En cas d'incapacité.....	16
En cas d'invalidité.....	16
<b>Perte de profession / Reconversion</b> .....	<b>16</b>
Quelles sont les conditions pour en bénéficier ?.....	16
Quand payons-nous le capital ?.....	16
<b>Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie</b> .....	<b>16</b>
Quand versons-nous le capital décès ?.....	16
Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie.....	16
Garantie Double effet .....	16
Option Doublement et triplement du capital décès.....	16
<b>Garanties familiales</b> .....	<b>18</b>
<b>Rente temporaire de conjoint</b> .....	<b>18</b>
<b>Rente éducation</b> .....	<b>18</b>
Quand et comment réglons-nous la rente ? .....	18

## LIVRET 2 : CONTRAT D'ASSURANCE PRÉVOYANCE « MADELIN » N° 255 M

19

<b>La loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin »</b> .....	<b>22</b>
<b>Dispositions relatives à la loi Madelin</b> .....	<b>22</b>
<b>Fiscalité en vigueur au 1<sup>er</sup> décembre 2008</b> .....	<b>22</b>
Comment bénéficiaire de la loi Madelin ? .....	22
Qui peut bénéficier de la loi Madelin ? .....	22
Quelles sont les cotisations concernées par la loi Madelin ?.....	22
Quelle est la fiscalité applicable à ces contrats ?.....	22
<b>Les garanties éligibles à la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin » :</b>	
<b>Plan maladie-accident</b> .....	<b>24</b>
<b>Incapacité temporaire</b> .....	<b>24</b>
Garantie Incapacité temporaire relais – 90 jours .....	24
Garantie Incapacité temporaire professionnelle – 365 jours .....	24
Garantie Incapacité temporaire – 540 jours .....	24
Franchise applicable en cas d'hospitalisation .....	24
Dispositions particulières pour l'ensemble des formules de garanties .....	24
Comment versons-nous l'indemnité journalière ? .....	24
Comment intervenons-nous en cas de rechute ? .....	25
Comment intervenons-nous, si au cours d'un arrêt de travail, vous êtes à nouveau victime d'un accident ou d'une maladie intercurrent ? .....	25
<b>Invalidité professionnelle permanente</b> .....	<b>25</b>
Garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle .....	25
Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? .....	25
Comment versons-nous la rente ? .....	25
<b>Exonération</b> .....	<b>26</b>
En cas d'incapacité .....	26
En cas d'invalidité .....	26
<b>Les garanties éligibles à la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin » :</b>	
<b>Garanties familiales</b> .....	<b>28</b>
<b>Rente temporaire de conjoint</b> .....	<b>28</b>
<b>Rente éducation</b> .....	<b>28</b>
Quand et comment réglons-nous la rente ? .....	28

# Dispositions communes à l'ensemble des garanties

des contrats groupe  
n° 255 PR et n° 255 M

Préliminaires.....	4
Portée des garanties.....	5
Adhésion.....	6
Obligations en cours de contrat.....	8
Dispositions diverses.....	9



# Préliminaires



## CADRE JURIDIQUE

Le contrat Prévoyance Infirmiers n° 255 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par l'association La Médicale Vie-Prévoyance (Association loi 1901) auprès de Predica et de La Médicale de France, régi par le Code des assurances, relevant des branches 20 « Vie-Décès », 1 « Accident » et 2 « Maladie ».

### Assuré

L'assuré est la personne physique spécifiée dans les Conditions particulières, membre de la profession d'infirmier(ère). Il intervient en tant qu'adhérent et signe la demande d'adhésion.

### Assureurs

- Predica, compagnie d'assurance de personnes, filiale de Crédit Agricole S.A., pour les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie.
- La Médicale de France, compagnie d'assurance de dommages, pour les professionnels de la santé, filiale de Predica, pour les garanties Incapacité de travail et Invalidité permanente.

Ces compagnies ont leur siège social sis 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris.

Elles sont contrôlées par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (61, rue Taitbout - 75009 Paris).

La Médicale de France est en charge de la relation avec les assurés.

### Souscripteurs

- La Médicale Vie-Prévoyance, association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, dont le siège social est sis 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris. L'association a pour objet de proposer à ses adhérents - membres du corps de santé, auxiliaires du corps de santé - et plus généralement à toute personne concernée par les questions relatives à la santé, la retraite, la prévoyance et l'épargne d'adhérer à des contrats collectifs d'assurance répondant à ces besoins. L'adhérent peut consulter les statuts de l'association sur le site Internet de La Médicale Vie-Prévoyance : [www.medicalevieprevoyance.asso.fr](http://www.medicalevieprevoyance.asso.fr).

Les ressources de l'association sont constituées d'un prélèvement forfaitaire sur chaque nouvelle adhésion, dont le montant est décidé chaque année par le conseil d'administration.

Le contrat groupe n° 255 a pris effet le 01/05/2009. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

En application de l'article L.141-4 du Code des assurances, le contrat peut être modifié par accord entre les souscripteurs et les assureurs, formalisé par avenant. Pour La Médicale Vie-Prévoyance, toute modification relève de la compétence de l'assemblée générale ou sur délégation du conseil d'administration. L'assuré est informé de ces modifications, préalablement à leur date de mise en œuvre.

Si le contrat venait à être résilié ou l'association dissoute ou liquidée, l'assuré continuerait à bénéficier auprès des assureurs de tous les avantages liés à son adhésion, jusqu'à l'extinction de toutes les garanties, dans la mesure où il a adhéré avant la date de résiliation du contrat.



## DÉFINITIONS

**Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Sont ainsi considérées comme accidents, les lésions corporelles consécutives à l'absorption d'une substance vénéneuse ou corrosive, à l'inhalation de gaz ou de vapeurs, à la piraterie aérienne, aux détournements d'avions, aux tentatives de sauvetage de biens ou de personnes, aux agressions, prises d'otage, hold-up et aux attentats contre la personne assurée.

**Arrérages** : sommes versées par trimestre échu en exécution d'une garantie rente.

**Bénéficiaire** : toute(s) personne(s) désignée(s) par l'assuré sur la demande d'adhésion ou dans une déclaration ultérieure faite par écrit à l'assureur, pour recevoir les capitaux ou les rentes prévus en cas de décès.

**Chronicité** : persistance de séquelles après stabilisation de la maladie.

**Consolidation** : stabilisation d'une blessure laissant subsister, le cas échéant, des séquelles.

**Déchéance** : perte pour l'assuré de son droit à indemnisation à la suite d'un sinistre déterminé, le contrat d'assurance continuant à conserver ses effets pour l'avenir. La déchéance peut sanctionner le non-respect de certaines obligations de l'assuré après sinistre (Exemple : délai de déclaration de sinistre). Ne pas confondre « déchéance » avec « exclusion du risque » : événement qui, par convention, est resté dès l'origine en dehors des limites de la garantie (Exemple : exclusion des risques de guerre).

**Délai d'attente** : tout fait générateur survenu pendant ce délai n'offre droit à aucune prestation au titre de ce contrat. Le délai d'attente s'applique par ailleurs sur le différentiel de garantie à l'occasion d'une augmentation de garantie en cours de contrat.

**Établissement hospitalier** : tout hôpital public ou privé, à l'exclusion des maisons de repos, de cures, de convalescence, centres climatiques, établissements thermaux ou de thalassothérapie.

**Exercice de la profession** : on entend par exercice de la profession, toute activité professionnelle rémunérée en relation avec le diplôme de l'assuré (quel que soit son statut professionnel ou son mode d'exercice).

**Franchise** : période d'incapacité de travail pendant laquelle l'assureur ne verse aucune indemnité.

**Hospitalisation** : séjour dans un établissement hospitalier à la suite d'un accident ou d'une maladie.

**Incapacité temporaire** : impossibilité temporaire d'exercer tout ou partie de l'activité professionnelle déclarée, à la suite d'un accident ou d'une maladie.

**Invalidité professionnelle permanente** : état de l'assuré dès chronicité d'une maladie ou consolidation des lésions consécutives à un accident.

**Maladie** : toute altération de santé constatée par une autorité médicale. Sont notamment considérés comme maladies : les intoxications alimentaires, les hernies, lumbagos, ruptures musculaires, douleurs lombaires, sciatiques et rhumatismes.

Les insulations, congélations et congestions sont considérées comme des maladies, sauf si elles sont consécutives à accident garanti.

**Maladie ou accident intercurrent** : autre maladie ou accident intervenant pendant un arrêt de travail en cours.

**Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)** : état de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenue après son entrée dans l'assurance, est définitivement incapable d'exercer une activité lui procurant gain ou profit et se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer).

**Prestations** : ensemble des indemnités qui sont versées à l'assuré ou au bénéficiaire désigné en cas de réalisation d'un événement garanti.

**Profession d'infirmier(ère)** : activité de soins aux personnes accessible par l'obtention d'un diplôme d'État d'infirmier(ère).

**Taux d'invalidité** : pourcentage qui mesure les séquelles d'un accident ou d'une maladie.

# Portée des garanties



## OÙ S'EXERCENT NOS GARANTIES ?

Dans le monde entier avec les seules réserves suivantes :

- vos séjours en dehors de la France métropolitaine, de la Guadeloupe, de la Martinique ou de la Réunion ne doivent pas dépasser, par année civile, 3 mois en une ou plusieurs périodes ;
- la reconnaissance d'une invalidité ou d'une infirmité permanente ne peut avoir lieu qu'après votre retour en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique ou à la Réunion;



## CE QUE NOUS NE GARANTISSONS EN AUCUN CAS

**En ce qui concerne les garanties autres que la Rente éducation, la Rente de conjoint et Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie, les événements suivants :**

- les suites d'un événement causé ou provoqué intentionnellement par vous ;
- le suicide ou une tentative de suicide ;
- toute pathologie liée ou aggravée par une intoxication alcoolique confirmée par des investigations biologiques ou histologiques ainsi que tout accident survenu avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour de l'accident ;
- l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- les actes causés sous l'empire de l'aliénation mentale ou de troubles mentaux durables ou passagers ;
- les suites, conséquences et récurrences d'affection, de maladie ou d'accident, préalablement constaté(e) à votre entrée dans l'assurance, et dont l'exclusion vous a été notifiée au moment de l'adhésion ou de l'augmentation des garanties ;
- les troubles neuro-psychiatriques, dépressions nerveuses, affections psychopathiques, maladies mentales, troubles psychiques et syndromes dépressifs.  
L'ensemble de ces affections, leurs suites et conséquences sont exclus sous réserve des modalités prévues pour les garanties Incapacité temporaire définies dans les dispositions particulières prévues page 14 de la présente Notice d'Information ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des malformations congénitales, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, les cures thermales ou de thalassothérapie, les traitements esthétiques et leurs conséquences ;
- la grossesse et l'accouchement, sous réserve des modalités prévues pour les garanties Incapacité temporaire définies dans les dispositions particulières prévues page 14 de la présente Notice d'Information ;
- la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- la pratique du parapente ;
- la participation en tant que concurrent à des compétitions comportant l'utilisation d'un engin quelconque à moteur (véhicule ou embarcation) ainsi que ses essais ;
- la participation à des paris, tentatives de record ;
- la participation à une rixe (sauf en cas de légitime défense) ;
- la guerre étrangère (il vous appartient de prouver que le sinistre n'est pas la conséquence d'un fait de guerre) ;

- nous considérons comme point de départ de votre arrêt de travail, le jour de votre retour en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique ou à la Réunion sauf en cas d'hospitalisation, sous réserve de la vérification du bien-fondé de celle-ci, et de la production des justificatifs.

**Le paiement des prestations est effectué en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique ou à la Réunion.**

- la guerre civile, votre participation active à des émeutes et mouvements populaires, des actions de terrorisme et de sabotage (il nous appartient de faire la preuve que le sinistre est la conséquence de l'un de ces événements) ;
- les tremblements de terre, inondations, éruptions volcaniques, raz de marée et autres cataclysmes ;
- les conséquences des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ; des rayonnements ionisants émis de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de la source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, la dose absorbée mesurée au sol 24 heures après l'émission dépasse 0,01 gray (ou 1 rad) par heure ;
- les conséquences des dommages causés par toute sorte de rayonnements ionisants, sauf dans le cadre de l'activité professionnelle, à la condition que les installations répondent à la réglementation en vigueur et soient utilisées selon les règles de l'art.

**En ce qui concerne les garanties Rente éducation, Rente de conjoint et Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie, les événements suivants :**

- le suicide, la tentative de suicide en cas de PTIA, au cours de la première année suivant l'admission aux garanties ; en cas d'augmentation des garanties, ce délai d'un an s'applique également à l'augmentation ;
- l'invalidité survenant d'un fait intentionnel de votre part ou du fait d'un état antérieur préalablement constaté à votre entrée dans l'assurance ;
- la guerre étrangère, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

**En ce qui concerne l'ensemble des garanties, les événements suivants :**

- le saut à l'élastique ;
- pour la navigation aérienne : les accidents, si l'appareil n'est pas pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, les compétitions, démonstrations acrobatiques et voltige libre, records, tentatives de records, vols d'essai, vols sur prototype, la pratique du deltaplane, des aéroplanes ultra-légers motorisés (ULM).

# Adhésion

Le contrat Prévoyance Infirmiers a pour objet de garantir les risques de décès, d'incapacité et d'invalidité. Les garanties que vous avez demandées sont mentionnées sur la demande d'adhésion.



## COMMENT POUVEZ-VOUS ADHÉRER ?

Pour être admis à l'assurance, vous devez :

- être titulaire d'un diplôme d'infirmier(ère) et exercer une activité professionnelle en relation avec ce diplôme ;

et

- être âgé de moins :
  - de 60 ans pour les garanties Décès/PTIA, Rente éducation et Rente de conjoint ;
  - de 50 ans pour les autres garanties.

L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année d'assurance et le millésime de votre année de naissance.

Si vous êtes atteint d'une maladie ou d'une infirmité à caractère évolutif, ou si vous avez été victime d'un accident dont les suites ne sont pas consolidées, vous ne pouvez adhérer au présent contrat que 3 mois après la preuve de votre guérison complète.

Vous devez être à jour de vos cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie, en vertu de l'article L.652-4 du Code de la Sécurité sociale : « Est entachée d'une nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre et garantissant les risques couverts à titre obligatoire par lesdits régimes, lorsque cette personne n'est pas à jour des cotisations dues à ce titre au moment de la conclusion ou du renouvellement du contrat. Un décret en Conseil d'État précise les peines encourues par toute personne physique proposant ou faisant souscrire, et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention. Les personnes condamnées pour avoir fait souscrire des clauses ou conventions entachées d'une nullité d'ordre public sont tenues solidairement responsables des cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse qui auraient dû être versées par l'assuré depuis la date de souscription desdites clauses ou convention ».

Vous devez remplir une demande d'adhésion, fournie par nous, sur laquelle vous indiquez les garanties que vous avez choisies parmi les différentes options qui vous sont proposées.

Le montant des garanties doit toujours rester en rapport avec le montant de vos revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale, l'assurance ne pouvant constituer une source d'enrichissement.

Vous devez nous déclarer, si vous avez en cours un ou des contrat(s) couvrant les mêmes risques, le montant des capitaux assurés et le nom de l'assureur.

Vous devez répondre à un questionnaire médical et déclarer tous les éléments d'appréciation du risque connus de vous. Dans tous les cas, nous nous réservons la faculté de refuser ou de subordonner la garantie à :

- un complément d'information ;
- un examen de santé, à nos frais, que nous jugerons nécessaire ;
- des modalités particulières.

**Toute réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite par vous, de nature à modifier notre appréciation des risques, annule l'assurance ou réduit la prestation, conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.**



## QUAND VOTRE ADHÉSION PREND-ELLE EFFET ?

Votre adhésion prend effet dès notre acceptation de votre admission à l'assurance concrétisée par la délivrance de Conditions particulières et le

paiement de la cotisation correspondant aux garanties choisies et, au plus tôt, à la date d'effet mentionnée sur la demande d'adhésion.

**Toutefois, nous accordons la couverture du risque « accident » à compter du lendemain 0 heure de la réception par nous, ou notre représentant, de votre demande d'adhésion accompagnée du paiement de la première cotisation.**

Cette garantie provisoire, accordée pendant la période d'acceptation du dossier médical, cesse en cas de refus médical ou de dossier non complété (exemple : rapports d'examen médicaux non fournis) et, au plus tard, 3 mois après la date de signature de la demande d'adhésion.

Vous recevrez des Conditions particulières confirmant votre adhésion au présent contrat et précisant les garanties choisies.

Lorsque vous êtes admis à l'assurance, votre adhésion ne pourra cesser ses effets, contre votre gré, tant que vous remplirez les conditions pour être assurable et que vous réglerez vos cotisations.



## COMMENT EST FIXÉE LA COTISATION ?

La cotisation est annuelle et fixée chaque année en fonction de votre âge (classe d'âge) et des garanties que vous avez choisies à l'adhésion.

L'assuré qui, en cours d'adhésion, change de classe d'âge, paiera la cotisation afférente à la nouvelle classe d'âge atteinte.

Les cotisations sont payables globalement et d'avance le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Toutefois, elles peuvent être payées, sur votre demande et avec notre accord, par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles.

La cotisation pour la première période d'assurance est décomptée par douzièmes au prorata du temps à courir entre la date d'admission aux garanties et le 31 décembre de l'année en cours.



## QUAND ET COMMENT POUVEZ-VOUS MODIFIER VOS GARANTIES ?

Vous pouvez modifier vos garanties à tout moment.

En cas de modification en augmentation, vous devez accomplir à nouveau l'ensemble des formalités prévues en cas d'adhésion. Nous nous réservons la faculté de donner ou non notre accord aux modifications demandées.



## QUAND ET COMMENT SONT DÉSIGNÉS LES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS ?

À l'adhésion vous désignez votre (vos) bénéficiaire(s) en cas de décès dans la demande d'adhésion. Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment par lettre simple datée et signée. Elle fera l'objet d'un avenant à l'adhésion. La désignation des bénéficiaires peut également être effectuée par acte authentique.

La clause des bénéficiaires de l'adhésion doit alors renvoyer à l'acte authentique et aux coordonnées du notaire.

Lorsque vous désignez un bénéficiaire par son nom, vous devez indiquer ses coordonnées afin qu'après le dénouement de l'adhésion par décès, La Médicale de France puisse l'informer de la désignation effectuée à son profit. Vous êtes invité à modifier votre clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Nous attirons votre attention sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire. Pour produire ses effets, l'acceptation requiert votre accord écrit. Nous vous conseillons de ne pas donner votre accord à l'acceptation du bénéfice de l'adhésion par le bénéficiaire. En effet, vous ne pourriez pas modifier ou résilier votre adhésion. Si vous veniez néanmoins à donner votre accord, l'acceptation peut être matérialisée par un avenant signé par La Médicale de France, vous-même et le bénéficiaire. Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé de vous-même et du bénéficiaire mais n'aura d'effet que si elle est notifiée par écrit à La Médicale de France.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.



## COMMENT VOTRE ADHÉSION PEUT-ELLE ÊTRE RÉSILIÉE ?

### • De votre fait

- à échéance lorsque vous demandez la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée adressée à notre siège avec un préavis de 2 mois, soit le 31 octobre au plus tard ;
- lorsque vous exercez votre droit de résiliation propre à la vente en démarchage prévu à l'article L.112-9 du Code des assurances.

Article L.112-9 alinéa 1 du Code des assurances : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités ».

Conformément aux dispositions de cet article, vous êtes informé que votre adhésion est conclue au jour de la signature de votre demande d'adhésion et que vous disposez alors d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion au contrat Prévoyance Infirmiers et ce, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à La Médicale de France – Service Adhésion Prévoyance – 13-15, rue de Nancy – 75499 Paris Cedex 10, établie selon le modèle figurant ci-après. L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Vous restez tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle vous avez été couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. La Médicale de France s'engage à vous rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Toutefois, si un sinistre survenait pendant le délai de renonciation et alors même que vous avez exercé votre droit, l'intégralité de la cotisation resterait due à La Médicale de France qui versera la prestation dans les conditions définies par la présente Notice d'Information et sous réserve que l'adhésion ait pris effet.

La résiliation met fin à toutes les garanties du contrat.

### Modèle de lettre de renonciation propre à la vente en démarchage

« N° adhésion .....  
Monsieur le Directeur,  
Conformément aux dispositions de l'article L.112-9 du Code des assurances, je renonce à l'adhésion au contrat Prévoyance Infirmiers que j'ai signé le.... /.... /.... . Je suis tenu au paiement de la fraction de cotisation correspondant à la période de garantie comprise entre la date d'effet de l'adhésion et sa résiliation. Je demande le remboursement du solde de la cotisation versée dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la présente.  
Fait à ..... , le..... ». Signature

### • De notre fait, si vous ne réglez pas vos cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, par lettre recommandée valant mise en demeure adressée à votre dernier domicile connu, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise à vous-même si vous êtes domicilié hors de la France métropolitaine).

Nous pouvons résilier l'adhésion 10 jours après le délai de 30 jours ci-dessus.

### • De plein droit, lorsque l'ensemble des garanties a expiré contractuellement.



## QUAND LES GARANTIES EXPIRENT-ELLES ?

### Contractuellement

#### • Pour l'ensemble des garanties

- Lorsque vous aurez été reconnu en état de perte totale et irréversible d'autonomie et que nous aurons versé des prestations au titre des garanties Rente éducation et/ou Décès ; le versement de toutes prestations au titre de la Perte totale et irréversible d'autonomie met fin au service des autres prestations éventuellement en cours de règlement.
- Lors du règlement du capital au titre de la garantie Perte de profession / Reconversion. Les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie, Rente de conjoint et Rente éducation pourront être maintenues, au choix, sur la demande expresse de l'assuré.

#### • Pour la garantie Perte de profession

Le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 60<sup>e</sup> anniversaire.

#### • Pour les garanties Décès versées sous forme de capital

Le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 75<sup>e</sup> anniversaire en cas de Décès et votre 60<sup>e</sup> anniversaire en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie.

#### • En ce qui concerne les autres garanties Incapacité, Invalidité et Décès versées sous forme de rentes

Le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 65<sup>e</sup> anniversaire en cas d'Incapacité, de Rente éducation et de Rente conjoint, et à votre 60<sup>e</sup> anniversaire en cas d'Invalidité professionnelle permanente.

En tout état de cause, les garanties Incapacité et Invalidité cessent lorsque vous n'exercez plus la profession d'infirmier(ère). Dès que vous en avez connaissance, vous devez nous en informer par lettre recommandée. Le trop-perçu de cotisation vous sera restitué s'il y a lieu.



# Obligations en cours de contrat



## QUE DEVEZ-VOUS DÉCLARER ?

Si tout ou partie des garanties objet du contrat sont ou viennent à être couvertes par une autre assurance, vous devez nous le déclarer en nous indiquant le nom de l'assureur et le montant des capitaux assurés. Vous devez également déclarer les modifications qui interviendraient dans cette autre assurance.

Vous devez en outre nous déclarer, en cours de contrat, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, et par lettre recommandée, tout changement de statut et d'activité.

Ces déclarations doivent être faites sous peine éventuelle des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.



## QUAND ET COMMENT RÉGLER VOS COTISATIONS ?

Les cotisations sont payables d'avance le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année au siège de notre société par tout mode à votre convenance. Vous recevrez en temps voulu un appel de cotisation vous fixant son montant.



## COMMENT SONT REVALORISÉES LES GARANTIES ET LES COTISATIONS ?

Les sommes assurées et les cotisations correspondantes varieront en fonction de l'évolution du coût de l'indice des prix à la consommation (série Hors Tabac / ensemble des ménages), pris comme indice de référence. Leur montant est modifié à compter de chaque renouvellement annuel (1<sup>er</sup> janvier) en fonction de l'accroissement, constaté au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente, de l'indice de référence au cours des 12 derniers mois.

Chaque année, l'assureur fixe le taux de revalorisation des rentes en cours de service dans la limite des résultats techniques et financiers de l'ensemble des contrats de prévoyance souscrits auprès de La Médicale de France.

- En cas de réalisation de l'un des événements garantis, accident ou maladie, le montant de l'indemnité journalière versé en cas d'arrêt de travail, y compris en cas de rechute, évolue dans les mêmes proportions que les cotisations et les sommes assurées. Le montant de la rente d'invalidité est déterminé au jour du début de son versement.

En revanche, au titre des garanties Perte de profession /reconversion, les prestations sont réglées sur la base des valeurs atteintes au 1<sup>er</sup> janvier précédant la date de survenance de l'accident ou de début pour la maladie.

- En cas d'augmentation du montant garanti (indemnité journalière et/ou rente d'invalidité) en cours de versement (ou intervenant entre la reprise de l'activité professionnelle et la rechute), l'indemnisation se fera sur la base du montant initial indexé et non sur le nouveau montant garanti.



## QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Toute demande d'ouverture de droit à prestations est soumise pour acceptation à notre commission médicale. Vous devez fournir, en

complément, un certificat médical précisant :

- la date du début de la maladie, sa nature ou la date de l'accident, ainsi que la nature et la localisation de vos blessures et lésions et leurs conséquences prévisibles ;
- si l'arrêt de travail qui en découle est total ou partiel ;
- la durée probable de celui-ci (en jours ou en mois).

Vous pouvez également joindre au dossier toute pièce que vous jugerez utile (radiographie, résultats d'analyses, etc).

**En cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie, vous devez, dans un délai maximal de 5 jours ouvrés, nous adresser un formulaire de déclaration prévu à cet effet à :**

**La Médicale de France  
Service Prestations Assurances de Personnes  
13-15, rue de Nancy - 75499 Paris Cedex 10**

**Le non-respect de ce délai de déclaration peut entraîner la déchéance de la garantie pour l'événement considéré, sauf cas fortuit ou de force majeure.**

Vous devez, par la suite, nous adresser chaque mois un certificat médical au vu duquel nous vous verserons les prestations après acceptation de notre commission médicale. Un dernier certificat nous sera adressé lors de la reprise totale de vos activités.

C'est la production des pièces et certificats énumérés ci-dessus qui permettra le règlement des indemnités, après acceptation de notre commission médicale.

Toute fausse déclaration, toute falsification de pièces faites par vous ou le(s) bénéficiaire(s) dans le but d'obtenir indûment des prestations, entraîneront la déchéance de tout droit à l'indemnité, indépendamment de la responsabilité pénale que vous pourriez encourir.

- En cas de reprise partielle, vous devez immédiatement nous en avertir. Si vous bénéficiez d'une garantie Incapacité temporaire option Arrêt total ou partiel, les prestations continueront à vous être versées, mais leur montant sera réduit en proportion.
- En cas de prolongation, accordée par votre médecin traitant, de la période d'arrêt initialement prévue, vous devrez nous adresser un nouveau certificat médical nous informant de la durée de la prolongation. Le versement des prestations continuera à vous être effectué dans les mêmes conditions que ci-dessus.
- En cas d'hospitalisation, vous devez nous fournir un certificat de l'établissement hospitalier précisant vos dates d'entrée et de sortie.
- En cas d'invalidité, vous devez nous transmettre une copie de la notification de la pension d'invalidité, si une rente d'invalidité vous est accordée au titre de votre régime de Prévoyance professionnelle obligatoire ou par tout régime légal ou obligatoire de prévoyance.
- En cas de décès, le ou les bénéficiaires du capital doivent nous déclarer par écrit votre décès dès qu'ils en ont connaissance. Ils doivent joindre à leur déclaration :
  - un certificat médical établi par le médecin qui a dressé l'acte de décès, précisant les causes de celui-ci ;
  - un extrait d'acte de naissance pour chaque bénéficiaire postérieur à la date du décès.

Ils doivent également justifier de leur identité en joignant à leur déclaration une photocopie d'un document officiel d'identité à leur nom.

En cas de décès consécutif à un accident, il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'établir la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.

- En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), vous devez nous faire part de votre état de PTIA dans un délai de 6 mois au minimum.
- Contrôle médical : vous devez permettre en tout temps à nos médecins de procéder à l'examen de votre état ou à toutes autres constatations utiles. Le refus de votre part de l'exercice de ce contrôle, sans justification valable, entraînera la déchéance de votre droit à l'indemnité.



## QUE FAIRE EN CAS DE LITIGE ENTRE NOUS ?

En cas de litige sur les causes et conséquences d'un accident ou d'une maladie, vous pouvez contester la décision après en avoir eu connaissance.

Dans le cas où nous ne parviendrions pas à un accord, nous nous engageons mutuellement, avant tout recours à une instance judiciaire, à soumettre notre différend à l'arbitrage confié à un tiers expert. Les honoraires sont alors supportés de moitié par les deux parties.

Chacune des parties a la possibilité de se faire représenter auprès de ce tiers expert par le médecin de son choix ; elle en supportera alors les honoraires. En cas de désaccord concernant la désignation du tiers expert, celle-ci sera effectuée par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré. Les honoraires de ce tiers expert seront supportés de moitié par les deux parties.

# Dispositions diverses



## LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données à caractère personnel vous concernant, collectées dans le cadre du présent contrat et au cours de son exécution, sont communiquées à La Médicale de France et à Predica en leur qualité de responsables de traitement. Ces données, obligatoires pour une adhésion, sont nécessaires à la passation, l'exécution et la gestion des contrats d'assurance, l'élaboration de statistiques, la réalisation d'actions de prospection et d'animations commerciales ainsi que pour l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données sont également destinées, le cas échéant, aux coassureurs et réassureurs, autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi qu'à une ou plusieurs sociétés du Groupe, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre le blanchiment des capitaux, évaluation des risques...) au bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe.

La liste des destinataires bénéficiaires d'informations vous concernant pourra être communiquée sur simple demande à La Médicale de France – 13-15, rue de Nancy – 75499 Paris Cedex 10.

Ces données permettront également de vous adresser, sauf opposition de votre part, des offres commerciales de La Médicale de France, dans le cadre d'actions de prospection et de promotion commerciales. Si vous ne le souhaitez pas, il convient d'en informer par courrier La Médicale de France. Les frais de timbre seront remboursés sur simple demande de votre part.

Vous autorisez également La Médicale de France et Predica à communiquer vos coordonnées personnelles à des instituts d'enquêtes ou de sondage, agissant pour le compte exclusif de Predica, à des fins de statistiques sachant que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que les données sont détruites après traitement. Le droit d'opposition à ces enquêtes s'exerce dès le premier contact.

En application de la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et d'opposition au traitement de ces données, dans les conditions prévues par la loi du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ces droits s'exercent par courrier auprès de La Médicale de France – 13-15, rue de Nancy – 75499 Paris Cedex 10.



## MÉDIATION

En cas de litige persistant concernant l'exécution des prestations du contrat d'assurance, vous pouvez adresser votre réclamation à M. le Directeur Général de La Médicale de France – 13-15, rue de Nancy – 75499 Paris Cedex 10.

Si la réponse donnée par La Médicale de France ne vous satisfait pas, celle-ci s'engage à vous communiquer les coordonnées d'un médiateur indépendant, choisi par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Toutefois, cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée ou poursuivie avant ou pendant la médiation.



## PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite, à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances.

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toute demande ou action relative au présent contrat doit être présentée à La Médicale de France dans un délai :

- de 10 ans, en cas de décès, à partir du moment où le bénéficiaire en a connaissance,
- de 2 ans, pour les autres garanties.

La prescription est interrompue dans les conditions prévues à l'article L.114-2 du Code des assurances et notamment par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, adressée par vous-même ou le bénéficiaire à La Médicale de France.



## ARCHIVAGE

Il est convenu entre vous et les assureurs, que les documents (hors données médicales) puissent être archivés numériquement et que ces archives vaudront preuve des engagements réciproques.



# Libret 1

Contrat d'assurance  
prévoyance n° 255 PR

Plan maladie-accident.....14  
Garanties familiales.....18



Lioret 1

Contrat d'assurance prévoyance n° 255 PR

# Plan maladie-accident

Incapacité temporaire .....	14
Incapacité professionnelle permanente.....	15
Exonération.....	16
Perte de profession / Reconversion.....	16
Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie .....	16





## INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Nous vous versons une indemnité journalière selon la formule choisie en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie.

Nous vous proposons trois formules de garanties qui peuvent, selon l'option choisie, être versées en cas d'arrêt total ou en cas d'arrêt total ou partiel :

- **Option Arrêt total** : nous cessons notre règlement d'indemnité dès la reprise partielle ou totale d'activité.
- **Option Arrêt total ou partiel** : nous vous versons une indemnité journalière réduite, proportionnelle à la diminution de votre activité. Son montant peut varier au fur et à mesure de la reprise de votre activité professionnelle.

Les options Arrêt total ou Arrêt total/partiel ne peuvent se cumuler.

**Le montant des garanties doit toujours rester en rapport avec le montant de vos revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale, l'assurance ne pouvant constituer une source d'enrichissement.**

### Garantie Incapacité temporaire relais - 90 jours

Les indemnités journalières vous sont versées à compter :

- du 15<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie ;
- du 3<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident.

La durée maximale de versement est de 90 jours.

En cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions définies ci-après.

Cette garantie ne peut être souscrite sans l'une des garanties Incapacité ci-après.

L'option Arrêt total ou partiel n'est pas proposée pour cette garantie.

### Garantie Incapacité temporaire professionnelle - 365 jours

Les indemnités journalières vous sont versées à compter :

- du 15<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie ;
- du 3<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident.

En cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions définies ci-après.

### Garantie Incapacité temporaire - 540 jours

Les indemnités journalières vous sont versées à compter :

- du 15<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie ;
- du 3<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident.

La durée maximale de versement est de 540 jours. Elle est limitée à 365 jours, pour tout arrêt débutant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint ses 61 ans.

En cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions définies ci-après.

### Franchise applicable en cas d'hospitalisation

Dans chacune des formules de garanties, nous intervenons à compter du premier jour d'hospitalisation si celle-ci est d'une durée supérieure ou égale à 3 jours (soit 3 nuits ou 72 heures d'hospitalisation continue) pendant la période de franchise.

Si l'hospitalisation est d'une durée inférieure à la franchise, nous cessons de vous verser les indemnités journalières pendant la période comprise entre la date de sortie de l'hôpital et l'expiration de la franchise.

Toute hospitalisation intervenant après l'expiration de la franchise n'a aucune incidence sur le versement des prestations.

### Dispositions particulières pour l'ensemble des formules de garanties

**En cas de grossesse pathologique et des suites pathologiques d'accouchement répondant aux définitions contractuelles, fausse couche, grossesse extra-utérine, fécondation *in vitro*, ou tentative de fécondation *in vitro* :**

- Par grossesse pathologique, il faut entendre toutes les affections contractées au cours de la grossesse pouvant mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant ou être responsable de l'interruption de la grossesse.
- Par suites pathologiques d'accouchement, il faut entendre toutes les affections qui, en rapport direct avec l'accouchement, nécessitent un repos excédant 60 jours et empêchent la reprise de toute activité professionnelle de la part de la mère.

La prise en charge de l'arrêt de travail s'effectue après l'expiration d'un délai de franchise de 30 jours et se termine au plus tard 30 jours avant la date présumée de l'accouchement.

Dans tous les cas, elle suppose un arrêt total de travail médicalement justifié.

Notre prise en charge n'intervient qu'à l'expiration d'une période d'attente de 9 mois après l'adhésion ou la modification en augmentation de la garantie. Le fait générateur est la survenance de la pathologie et non le début de la grossesse pour déterminer si la garantie est acquise.

Nous ne prenons pas en charge les arrêts de travail, l'hospitalisation ou tous autres frais imputables à la grossesse ou à l'accouchement normal.

### En cas de troubles psychiatriques, dépressions nerveuses, affections psychotiques, maladies mentales, troubles psychiques et syndromes dépressifs :

La garantie (ou le différentiel de garantie en cas de modification en augmentation du montant de celle-ci) n'est accordée à l'assuré qu'à l'expiration d'une période de 12 mois, postérieure à la date d'effet mentionnée sur les Conditions particulières. Les affections susdites constatées ou traitées ainsi que leurs suites, conséquences ou récidives, avant l'expiration de la période d'attente, resteront toujours exclues de la garantie pendant toute la durée de l'adhésion. Au titre desdites affections, les indemnités journalières ne peuvent jamais être versées **au-delà de 180 jours**, en une ou plusieurs périodes, pour toute la durée de l'adhésion, y compris en cas de maladie ou accident intercurrent.

Pour la garantie Incapacité temporaire relais, notre prise en charge ne peut en aucun cas excéder 90 jours.

### Comment versons-nous l'indemnité journalière ?

Le montant de l'indemnité journalière est précisé sur vos Conditions particulières.

Le versement correspondant est effectué chaque mois à **terme échu**, sur présentation du certificat médical et après acceptation de notre commission médicale.

L'indemnité vous est versée jusqu'à la reprise de votre activité professionnelle et, au plus tard, jusqu'à la consolidation des lésions consécutives à votre accident ou la chronicité de votre maladie. En cas d'option Arrêt total ou partiel, l'indemnité sera proportionnelle à la diminution de votre activité.

La consolidation ou la chronicité ne pourront être établies qu'après un délai minimal d'un an.

Dès la consolidation des lésions consécutives à votre accident ou la chronicité de votre maladie, vous pouvez éventuellement bénéficier, si vous les avez souscrites, des garanties Invalidité professionnelle permanente et Perte de profession/Reconversion.

## Comment intervenons-nous en cas de rechute ?

En cas de rechute moins d'une année après la reprise de votre activité professionnelle, la franchise n'est pas appliquée. Passé ce délai d'un an, elle est appliquée.

L'indemnité journalière évolue dans les mêmes proportions que les cotisations et les sommes assurées : elle est alors calculée sur le montant garanti, en vigueur au jour de la rechute. Cependant, en cas d'augmentation de garantie intervenant entre la reprise d'activité et la rechute, l'indemnisation se fait sur la base du montant initial indexé et non du nouveau montant.

Dans tous les cas,

- pour un seul et même accident ou pour une seule et même maladie, vous ne pouvez percevoir les indemnités journalières pendant plus de 540 jours (365 jours pour tout arrêt débutant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint ses 61 ans), 365 jours ou 90 jours selon la garantie souscrite, diminuée du nombre de jours de franchise prévu sur vos Conditions particulières ;
- le service des indemnités journalières est arrêté au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans.

## Comment intervenons-nous si, au cours d'un arrêt de travail, vous êtes à nouveau victime d'un accident ou d'une maladie intercurrent ?

Ces derniers seront assimilés à des rechutes.

En aucun cas, il ne peut y avoir cumul d'indemnités ou prolongation de la période de garantie.

Vous ne pourrez percevoir, en fonction de la garantie souscrite, des indemnités au-delà du 90<sup>e</sup> jour, 365<sup>e</sup> jour ou du 540<sup>e</sup> jour (365 jours pour tout arrêt débutant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint ses 61 ans), qui suit l'événement qui a initialement ouvert le droit aux prestations.

## INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE

Si, après un délai d'un an à la suite d'un accident ou d'une maladie, vous demeurez atteint d'une invalidité, nous vous proposons une garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle.

Nous vous assurerons le service d'une rente annuelle dont le montant est stipulé dans les Conditions particulières.

Cette garantie ne peut être souscrite sans la garantie Incapacité temporaire 540 jours.

## Garantie invalidité professionnelle permanente totale ou partielle

Si le taux de votre invalidité permanente est supérieur à 33 %, nous vous versons chaque année une rente d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'invalidité évalué.

Si le taux de votre invalidité permanente est ou devient inférieur ou égal à 33 %, aucune prestation ne vous est due au titre de cette garantie.

## Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ?

Le taux d'invalidité est apprécié de 0 % à 100 %, en tenant compte de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur votre activité professionnelle, d'après le taux et la nature de votre incapacité par rapport à la profession que vous exercez, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'accident ou la maladie, des conditions normales d'exercice de votre profession et des possibilités d'exercice qui vous restent.

Il sera toujours tenu compte des possibilités de rééducation ou d'appareillage.

Votre invalidité professionnelle sera évaluée par voie d'expertise médicale. En cas de désaccord, il est convenu de procéder à l'évaluation par arbitrage, confié à un tiers expert.

Nous reconnaissons pour invalidité totale, en accident ou en maladie, toute affection qui peut vous faire assimiler, de par ses premières manifestations ou son évolution, aux invalides classés en troisième catégorie par la Sécurité sociale et notamment :

- Hémiplégie totale
- Paraplégie totale
- Tétraplégie totale
- Insuffisance rénale avec dialyse
- Paralyse complète du plexus brachial droit\* interdisant toute activité professionnelle
- Cécité totale
- Désarticulation de l'épaule droite\*
- Épilepsie avec crises très fréquentes
- Amputation du bras droit\*, de l'avant-bras droit\*, du poignet droit\* non appareillable
- Perte de la main droite\* non appareillable
- Perte des deux membres inférieurs non appareillables

\*Gauche si vous avez déclaré que vous êtes gaucher sur le Questionnaire médical.

## Disposition particulière :

Si, après l'expiration de la garantie 540 jours, votre état de santé n'est pas stabilisé, nous vous versons une rente, d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée dans vos Conditions particulières, calculée sur la base d'un taux provisoire d'Invalidité. Celui-ci sera fixé par expertise médicale proportionnellement à votre taux d'incapacité de travail. Il doit être supérieur à 33 % et sera revu dès la chronicité de votre maladie ou la consolidation de vos lésions consécutives à un accident.

Si le taux définitif de votre invalidité permanente devient inférieur ou égal à 33 %, nous cesserons le versement de la rente.

En cas de notification, à l'adhésion, d'une exclusion concernant les suites, conséquences et récurrences d'une maladie, d'une affection, d'un accident, préalablement constaté(e), et si celles-ci constituent un facteur aggravant, nous ne calculerons pas votre taux d'invalidité sur les suites effectives de l'accident ou de la maladie, mais sur celles qu'elles auraient eues chez une personne ne présentant aucun antécédent.

## Invalidités successives

Si, pendant la durée de votre adhésion au contrat, vous êtes victime de plusieurs accidents ou maladies entraînant des invalidités partielles, votre droit à la rente s'apprécie dans chaque cas en fonction du taux global d'invalidité résultant de l'ensemble des sinistres survenus.

## Comment versons-nous la rente ?

Nous vous versons la rente par trimestre, à terme échu et sans arrérage au décès. Nous vous effectuerons le premier versement au plus tôt à la fin du cinquième trimestre qui suit votre accident ou votre maladie.

Vous bénéficierez du service de la rente annuelle tant que persistera votre état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez l'âge de 60 ans.

Dans le cas où l'amélioration de votre état de santé interromprait le service de la rente, un dernier versement vous serait effectué au prorata du temps écoulé jusqu'à la date d'interruption.

**La rente vous est toujours accordée à titre temporaire. Nous pouvons, en accord avec vous-même ou, à défaut par arbitrage médical, la réviser dans le cas d'une amélioration ou d'une aggravation de votre état de santé.**

Nous nous réservons le droit de vous demander à tout moment de justifier de la permanence de votre état.

Vous ne pouvez, en aucun cas, cumuler le service d'une rente d'invalidité avec les indemnités journalières accordées par les garanties Incapacité temporaire.

En cas d'incapacité temporaire, à la suite d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie, intervenant durant le service d'une rente partielle, seule la plus forte des deux indemnités vous sera réglée.



## EXONÉRATION

Si vous avez souscrit l'une des garanties Incapacité ou Invalidité, vous serez exonéré en tout ou partie du paiement des cotisations dues au titre de votre contrat pendant la période où vous percevrez effectivement des prestations, et ce, dans les conditions suivantes :

### En cas d'incapacité

En cas d'arrêt total, vous serez exonéré des cotisations à partir du 31<sup>e</sup> jour qui suit le début de l'arrêt de travail. Vous continuerez à payer normalement l'ensemble de vos cotisations et, avec chaque versement de prestations, nous vous rembourserons la part de cotisation relative à la période correspondante.

### En cas d'invalidité

Les cotisations émises sont inversement proportionnelles au taux d'indemnisation de la rente qui vous est versée pour la période correspondante (le début et la fin de service de la rente pouvant donner lieu à paiement de prorata).



## PERTE DE PROFESSION / RECONVERSION

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, vous êtes dans l'impossibilité définitive de reprendre votre exercice professionnel, nous vous versons un capital stipulé aux Conditions particulières dans les conditions ci-après.

### Quelles sont les conditions pour en bénéficier ?

- Vous devez être atteint d'une invalidité professionnelle définitive égale ou supérieure à 66 %, par suite d'un accident ou d'une maladie. Le taux sera évalué suivant les modalités prévues pour la garantie Invalidité professionnelle permanente à la rubrique « Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? » ci-dessus.
- Nous vous verserons 50 % du capital que vous avez choisi à la souscription, s'il subsiste une possibilité d'exercer la profession déclarée avec un autre statut professionnel ou un autre mode d'exercice.
- Nous vous verserons 100 % du capital choisi à la souscription, s'il y a impossibilité totale et définitive d'exercer une profession en relation avec votre diplôme.

À titre indicatif, vous serez notamment considéré en invalidité professionnelle à 100 % dans les cas mentionnés à la rubrique « Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? » ci-dessus pour la garantie Invalidité professionnelle permanente.

En cas de notification, à l'adhésion, d'une exclusion concernant une maladie, une affection, les conséquences d'un accident, préalablement constatées et si celles-ci constituent un facteur aggravant, nous ne calculerons pas votre taux d'invalidité sur les suites effectives de l'accident ou de la maladie, mais sur celles qu'elles auraient eues chez une personne ne présentant aucun antécédent.

### Quand payons-nous le capital ?

- En cas d'accident : dès la consolidation, et, au plus tôt, un an après la date de survenance.
- En cas de maladie : un an après la constatation de votre invalidité permanente, par voie d'expertise médicale.

**La garantie Perte de profession / Reconversion ne peut être souscrite que conjointement à une autre garantie. Elle cesse automatiquement au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint l'âge de 60 ans.**



## DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Quelle que soit la cause du décès, nous versons le capital stipulé aux Conditions particulières au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s), ou à vous-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

À défaut de cette désignation, le capital sera versé à votre conjoint, non séparé de corps judiciairement, à défaut à vos enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à vos héritiers.

### Quand versons-nous le capital décès ?

Nous procédons au règlement dans les 15 jours de la remise des pièces justificatives précisées à la rubrique « Que faire en cas de sinistre ? » page 8 de la présente Notice d'Information.

### Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie

Nous versons le capital décès stipulé aux Conditions particulières si à la suite d'un accident ou d'une maladie, survenu après votre entrée dans l'assurance, vous êtes définitivement incapable d'exercer une activité vous procurant gain ou profit et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer), alors que vous êtes âgé de moins de 60 ans.

Nous devons avoir connaissance au plus tard dans un délai de 6 mois de votre état de perte totale et irréversible d'autonomie.

L'état de perte totale et irréversible d'autonomie est alors évalué par voie d'expertise médicale.

Le capital vous est versé en deux fois par moitié :

- un premier règlement intervient à la suite de l'expertise médicale. Dès lors, nous cessons de percevoir les cotisations se rapportant à cette garantie ;
- le second règlement au terme d'un délai d'un an après l'expertise médicale. Celui-ci met fin à votre adhésion.

Si nous étions informés de votre décès avant la fin du règlement du capital, il sera versé aux bénéficiaires désignés dans les Conditions particulières, le solde restant dû.

### Garantie Double effet

En cas de décès simultané de votre conjoint (même événement générateur de décès dans les 12 mois), nous réglons un capital supplémentaire au profit du ou des enfants qui restaient à charge de l'assuré.

Ce capital supplémentaire est égal à 50 % du capital versé au titre du décès prévu dans la présente garantie sans pouvoir excéder 50 000 euros.

### Option Doublement et triplement du capital décès

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de souscrire l'option Doublement et triplement du capital décès. Elle est alors mentionnée sur vos Conditions particulières.

- En cas d'accident entraînant, immédiatement ou dans un délai de 12 mois à compter de sa survenance, le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie, nous versons un capital complémentaire égal à celui versé au titre du décès prévu dans la présente garantie.

Ce capital est versé au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) ou à l'assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Il appartient au bénéficiaire en cas de décès ou à l'assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.

- En cas d'accident de la circulation entraînant le décès immédiatement ou dans un délai de 12 mois à compter de sa survenance, nous versons un capital supplémentaire égal à celui versé au titre du décès prévu dans la présente garantie.

Ce capital est versé au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s). Il appartient à ceux-ci de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.

Par accident de la circulation, on entend tout accident dont l'adhérent est victime, survenant dans l'une des circonstances suivantes :

- lorsqu'il circule à pied sur une voie publique ou privée ;
- à l'occasion de l'usage, comme conducteur ou passager, de tout véhicule terrestre avec ou sans moteur ;
- en tant que passager de tous moyens de transport en commun terrestres, aériens, maritimes ou fluviaux, appartenant à des entreprises agréées pour le transport public de voyageurs.

Lioret 1

Contrat d'assurance prévoyance n° 255 PR

# Garanties familiales

Rente temporaire de conjoint.....18

Rente éducation.....18







# Garanties familiales



## RENTE TEMPORAIRE DE CONJOINT

À la suite de votre décès, nous constituerons sur la tête de votre conjoint une rente temporaire correspondant au montant stipulé sur les Conditions particulières.

Le conjoint est défini comme la personne mariée à l'assuré ou son concubin ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité.

En cas de réalisation de l'événement garanti, le bénéficiaire devra produire toutes pièces officielles justifiant de son identité.

La rente temporaire est servie trimestriellement au plus tard jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire du bénéficiaire.

Nous versons le premier terme 3 mois après votre décès.

En cas de décès du bénéficiaire de la rente avant ses 65 ans, la rente continue d'être versée au profit des enfants qui restaient fiscalement à sa charge. Ils bénéficient du versement de la rente au plus tard jusqu'à ce qu'ils atteignent 21 ou 28 ans en cas de poursuite d'études. Si les enfants atteignent 21 ou 28 ans avant les 65 ans du conjoint, le versement de la rente cesse.

Dans le cas où le conjoint viendrait à décéder avant l'assuré, le bénéfice de la garantie serait reporté sur les enfants fiscalement à la charge de ce dernier au moment du décès. Les conditions d'âge définies ci-dessus pour les enfants bénéficiaires restent valables dans cette hypothèse.

Le montant de la rente prévu est divisé en parts égales entre le nombre d'enfants qui répondent aux conditions définies ci-dessus.



## RENTE ÉDUCATION

À la suite de votre décès par accident ou maladie, ou de votre perte totale et irréversible d'autonomie, nous constituons au bénéfice de chacun de vos enfants une rente annuelle dont le montant est indiqué sur les Conditions particulières.

Le versement de la rente s'effectuera jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 21 ans révolus ou jusqu'à la fin de ses études et, dans ce dernier cas, au plus tard jusqu'à l'âge de 28 ans révolus.

### Quand et comment réglons-nous la rente ?

Pour chaque enfant bénéficiaire désigné, la prestation qui est servie est calculée comme suit :

- 50 % de la rente choisie à l'adhésion avant 12 ans ;
- 75 % de la rente choisie à l'adhésion entre 12 et 17 ans ;
- 100 % de la rente choisie à l'adhésion après 18 ans.

Nous payons la rente par arrérages trimestriels.

Nous versons le premier terme 3 mois après votre décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le premier versement interviendra 9 mois après la présentation de la preuve de l'invalidité.

Dans le cas où l'un des bénéficiaires viendrait à décéder postérieurement au décès de l'assuré ou des suites du même accident, le service de la rente ne sera pas forcément interrompu. Les arrérages seront répartis par parts égales entre les autres bénéficiaires éventuels et versés jusqu'à la date prévue initialement en fonction de l'âge du bénéficiaire décédé.

# Lioret 2

## Contrats d'assurance prévoyance « Madelin » n° 255 M

Conformément aux dispositions relatives  
à la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin »

La loi du 11 février 1994, dite « loi Madelin »..... 22

Les garanties éligibles à la loi Madelin.....24



**Lioret 2**

**Contrat d'assurance prévoyance n° 255 M**

**La loi n° 94-126  
du 11 février 1994,  
dite «Loi Madelin»**

Dispositions relatives à la loi Madelin .....22  
Fiscalité en vigueur au 1<sup>er</sup> décembre 2008 .....22



# La loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin »



## DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI MADELIN

Si vous souhaitez adhérer au présent contrat afin de bénéficier de la loi Madelin, vous devez justifier, à l'adhésion et à chaque renouvellement de celle-ci, être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse.

Au titre de ce contrat, seules les garanties constituant des revenus de remplacement peuvent être souscrites au titre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin ».

Elles sont précisées page 24 et suivantes.



## FISCALITÉ en vigueur au 1<sup>er</sup> décembre 2008

Le présent contrat entre dans les dispositions de l'article L.144-1 du Code des assurances et permet une déductibilité de votre bénéfice imposable, des cotisations versées conformément à l'article 154 bis du Code général des impôts.

### Comment bénéficier de la loi Madelin ?

Au moment de la conclusion ou du renouvellement de votre adhésion, vous devez justifier auprès de votre assureur, La Médicale de France, que vous êtes à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et assurance vieillesse, par la production d'une attestation délivrée par vos caisses d'assurance maladie (copie de la carte d'assuré social à jour ou attestation d'ouverture de droits en cas de carte magnétique) et d'assurance vieillesse (attestation annuelle de la caisse).

Nous vous rappelons que la loi prévoit qu'en cas de non-paiement de vos cotisations auprès des caisses obligatoires, et, conformément à l'article L.652-4 du Code de la Sécurité sociale, la nullité de votre adhésion peut être prononcée et d'éventuelles sanctions peuvent être encourues.

### Qui peut bénéficier de la loi Madelin ?

Vous devez exercer une activité à titre libéral soit individuellement, soit au sein d'une société civile professionnelle ou d'une société civile de moyens.

Vous êtes dans ce cas passible de l'impôt sur le revenu au titre des bénéfices non commerciaux, que ce soit à titre individuel au sein d'une société en nom collectif ou d'une société à responsabilité limitée.

### Quelles sont les cotisations concernées par la loi Madelin ?

Outre les cotisations au régime légal, les garanties des contrats complémentaires permettant une déductibilité de la cotisation sont celles permettant de percevoir :

- les indemnités journalières, ayant le caractère de revenu de remplacement,
- les rentes d'invalidité,
- les rentes de conjoint,
- les rentes éducation.

### Quelle est la fiscalité applicable à ces contrats ?

#### Déductibilité des cotisations

Les cotisations obligatoires et complémentaires sont déductibles dans certaines limites. Il existe, en effet, un seuil maximal de déduction au-delà duquel s'appliquera la réintégration au revenu imposable.

Les cotisations dues au titre des régimes de prévoyance complémentaire peuvent être déduites dans la limite des plafonds suivants :

- 7 % du plafond annuel moyen de la Sécurité sociale, soit pour 2009 :  $7\% \times 34\,308 \text{ €} = 2\,402 \text{ €}$
- et
- 3,75 % de votre bénéfice imposable dans la limite de 3 % d'une somme égale à 8 fois le plafond annuel moyen de la Sécurité sociale, soit pour 2009 :  $3\% \times (34\,308 \text{ €} \times 8) = 8\,234 \text{ €}$

#### Imposition des prestations

Les revenus de remplacement (indemnités journalières de maladie) seront réintégrés au bénéfice imposable du bénéficiaire quand l'activité se poursuit. Dans le cas contraire, ils seront imposables au titre des pensions et rentes viagères, à l'instar des rentes servies au titre du décès et de l'invalidité.

L'ensemble de ces revenus pourront bénéficier de l'abattement de 10 % relatif à l'ensemble des revenus des catégories « Traitements, salaires et pensions ». Ils seront soumis à la CSG et à la CRDS.

**Lioret 2**

**Contrat d'assurance prévoyance n° 255 M**

**Les garanties éligibles  
à la loi n° 94-126  
du 11 février 1994,  
dite «Loi Madelin» :**

**Plan maladie-accident**

Incapacité temporaire.....	24
Invalidité professionnelle permanente.....	25
Exonération.....	26



# Les garanties éligibles à la loi Madelin



## INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Nous vous versons une indemnité journalière selon la formule choisie en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie.

Nous vous proposons trois formules de garanties qui peuvent, selon l'option choisie, être versées en cas d'arrêt total ou en cas d'arrêt total ou partiel :

- **Option Arrêt total** : nous cessons notre règlement d'indemnité dès la reprise partielle ou totale d'activité.
- **Option Arrêt total ou partiel** : nous vous versons une indemnité journalière réduite, proportionnelle à la diminution de votre activité. Son montant peut varier au fur et à mesure de la reprise de votre activité professionnelle.

Les options Arrêt total ou Arrêt total/partiel ne peuvent se cumuler.

**Le montant des garanties doit toujours rester en rapport avec le montant de vos revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale, l'assurance ne pouvant constituer une source d'enrichissement.**

### Garantie Incapacité temporaire relais - 90 jours

Les indemnités journalières vous sont versées à compter :

- du 15<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie ;
- du 3<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident.

La durée maximale de versement est de 90 jours.

En cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions définies ci-après.

Cette garantie ne peut être souscrite sans l'une des garanties Incapacité ci-après.

L'option Arrêt total ou partiel n'est pas proposée pour cette garantie.

### Garantie Incapacité temporaire professionnelle - 365 jours

Les indemnités journalières vous sont versées à compter :

- du 15<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie ;
- du 3<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident.

La durée maximale de versement est de 365 jours.

En cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions définies ci-après.

### Garantie Incapacité temporaire - 540 jours

Les indemnités journalières vous sont versées à compter :

- du 15<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas de maladie ;
- du 3<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident.

La durée maximale de versement est de 540 jours. Elle est limitée à 365 jours, pour tout arrêt débutant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint ses 61 ans.

En cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions définies ci-après.

### Franchise applicable en cas d'hospitalisation

Dans chacune des formules de garanties, nous intervenons à compter du premier jour d'hospitalisation si celle-ci est d'une durée supérieure ou égale à 3 jours (soit 3 nuits ou 72 heures d'hospitalisation continue) pendant la période de franchise.

Si l'hospitalisation est d'une durée inférieure à la franchise, nous cessons de vous verser les indemnités journalières pendant la période comprise entre la date de sortie de l'hôpital et l'expiration de la franchise.

Toute hospitalisation intervenant après l'expiration de la franchise n'a aucune incidence sur le versement des prestations.

### Dispositions particulières pour l'ensemble des formules de garanties

**En cas de grossesse pathologique et des suites pathologiques d'accouchement répondant aux définitions contractuelles, fausse couche, grossesse extra-utérine, fécondation *in vitro*, ou tentative de fécondation *in vitro* :**

- Par grossesse pathologique, il faut entendre toutes les affections contractées au cours de la grossesse pouvant mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant ou être responsable de l'interruption de la grossesse.
- Par suites pathologiques d'accouchement, il faut entendre toutes les affections qui, en rapport direct avec l'accouchement, nécessitent un repos excédant 60 jours et empêchent la reprise de toute activité professionnelle de la part de la mère.

La prise en charge de l'arrêt de travail s'effectue après l'expiration d'un délai de franchise de 30 jours et se termine au plus tard 30 jours avant la date présumée de l'accouchement.

Dans tous les cas, elle suppose un arrêt total de travail médicalement justifié.

Notre prise en charge n'intervient qu'à l'expiration d'une période d'attente de 9 mois après l'adhésion ou la modification en augmentation de la garantie. Le fait générateur est la survenance de la pathologie et non le début de la grossesse pour déterminer si la garantie est acquise.

Nous ne prenons pas en charge les arrêts de travail, l'hospitalisation ou tous autres frais imputables à la grossesse ou à l'accouchement normal.

**En cas de troubles psychiatriques, dépressions nerveuses, affections psychotiques, maladies mentales, troubles psychiques et syndromes dépressifs :**

La garantie (ou le différentiel de garantie en cas de modification en augmentation du montant de celle-ci) n'est accordée à l'assuré qu'à l'expiration d'une période de 12 mois, postérieure à la date d'effet mentionnée sur les Conditions particulières. Les affections susdites constatées ou traitées ainsi que leurs suites, conséquences ou récurrences, avant l'expiration de la période d'attente, resteront toujours exclues de la garantie pendant toute la durée de l'adhésion.

Au titre desdites affections, les indemnités journalières ne peuvent jamais être versées **au-delà de 180 jours**, en une ou plusieurs périodes, pour toute la durée de l'adhésion, y compris en cas de maladie ou accident intercurrent.

Pour la garantie Incapacité temporaire relais, notre prise en charge ne peut en aucun cas excéder 90 jours.

### Comment versons-nous l'indemnité journalière ?

Le montant de l'indemnité journalière est précisé sur vos Conditions particulières.

Le versement correspondant est effectué chaque mois à **terme échu**, sur présentation du certificat médical et après acceptation de notre commission médicale.

L'indemnité vous est versée jusqu'à la reprise de votre activité professionnelle et, au plus tard, jusqu'à la consolidation des lésions consécutives à votre accident ou la chronicité de votre maladie. En cas d'option Arrêt total ou partiel, l'indemnité sera proportionnelle à la diminution de votre activité.

La consolidation ou la chronicité ne pourront être établies qu'après un délai minimal d'un an.

Dès la consolidation des lésions consécutives à votre accident ou la

chronicité de votre maladie, vous pouvez éventuellement bénéficier, si vous les avez souscrites, des garanties Invalidité professionnelle permanente et Perte de profession/Reconversion.

## Comment intervenons-nous en cas de rechute ?

En cas de rechute moins d'une année après la reprise de votre activité professionnelle, la franchise n'est pas appliquée. Passé ce délai d'un an, elle est appliquée.

L'indemnité journalière évolue dans les mêmes proportions que les cotisations et les sommes assurées : elle est alors calculée sur le montant garanti, en vigueur au jour de la rechute. Cependant, en cas d'augmentation de garantie intervenant entre la reprise d'activité et la rechute, l'indemnisation se fait sur la base du montant initial indexé et non du nouveau montant.

Dans tous les cas,

- pour un seul et même accident ou pour une seule et même maladie, vous ne pouvez percevoir les indemnités journalières pendant plus de 540 jours (365 jours pour tout arrêt débutant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint ses 61 ans), 365 jours ou 90 jours selon la garantie souscrite, diminuée du nombre de jours de franchise prévu sur vos Conditions particulières ;
- le service des indemnités journalières est arrêté au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans.

## Comment intervenons-nous si, au cours d'un arrêt de travail, vous êtes à nouveau victime d'un accident ou d'une maladie intercurrent ?

Ces derniers seront assimilés à des rechutes.

En aucun cas, il ne peut y avoir cumul d'indemnités ou prolongation de la période de garantie.

Vous ne pourrez percevoir, en fonction de la garantie souscrite, des indemnités au-delà du 90<sup>e</sup> jour, 365<sup>e</sup> jour ou du 540<sup>e</sup> jour (365 jours pour tout arrêt débutant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint ses 61 ans), qui suit l'événement qui a initialement ouvert le droit aux prestations.

## INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE

Si, après un délai d'un an à la suite d'un accident ou d'une maladie, vous demeurez atteint d'une invalidité, nous vous proposons une garantie Invalidité professionnelle permanente totale/partielle.

Nous vous assurerons le service d'une rente annuelle dont le montant est stipulé dans les Conditions particulières.

Cette garantie ne peut être souscrite sans la garantie Incapacité temporaire 540 jours.

## Garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle

Si le taux de votre invalidité permanente est supérieur à 33 %, nous vous versons chaque année une rente d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'invalidité évalué.

Si le taux de votre invalidité permanente est ou devient inférieur ou égal à 33 %, aucune prestation ne vous est due au titre de cette garantie.

## Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ?

Le taux d'invalidité est apprécié de 0 % à 100 %, en tenant compte de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur votre activité professionnelle, d'après le taux et la nature de votre incapacité par rapport à la profession que vous exercez, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'accident ou la maladie, des conditions normales d'exercice de votre profession et des possibilités d'exercice qui vous

restent. Il sera toujours tenu compte des possibilités de rééducation ou d'appareillage.

Votre invalidité professionnelle sera évaluée par voie d'expertise médicale. En cas de désaccord, il est convenu de procéder à l'évaluation par arbitrage, confié à un tiers expert.

Nous reconnaissons pour invalidité totale, en accident ou en maladie, toute affection qui peut vous faire assimiler, de par ses premières manifestations ou son évolution, aux invalides classés en troisième catégorie par la Sécurité sociale et notamment :

- Hémiplégie totale
- Paraplégie totale
- Tétraplégie totale
- Insuffisance rénale avec dialyse
- Paralyse complète du plexus brachial droit\* interdisant toute activité professionnelle
- Cécité totale
- Désarticulation de l'épaule droite\*
- Épilepsie avec crises très fréquentes
- Amputation du bras droit\*, de l'avant-bras droit\*, du poignet droit\* non appareillable
- Perte de la main droite\* non appareillable
- Perte des deux membres inférieurs non appareillables

\*Gauche si vous avez déclaré que vous êtes gaucher sur le Questionnaire médical.

### Disposition particulière :

Si, après l'expiration de la garantie 540 jours, votre état de santé n'est pas stabilisé, nous vous versons une rente, d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée dans vos Conditions particulières, calculée sur la base d'un taux provisoire d'Invalidité. Celui-ci sera fixé par expertise médicale proportionnellement à votre taux d'incapacité de travail. Il doit être supérieur à 33 % et sera revu dès la chronicité de votre maladie ou la consolidation de vos lésions consécutives à un accident.

Si le taux définitif de votre invalidité permanente devient inférieur ou égal à 33 %, nous cesserons le versement de la rente.

En cas de notification, à l'adhésion, d'une exclusion concernant les suites, conséquences et récidives d'une maladie, d'une affection, d'un accident, préalablement constaté(e), et si celles-ci constituent un facteur aggravant, nous ne calculerons pas votre taux d'invalidité sur les suites effectives de l'accident ou de la maladie, mais sur celles qu'elles auraient eues chez une personne ne présentant aucun antécédent.

### Invalidités successives

Si, pendant la durée de votre adhésion au contrat, vous êtes victime de plusieurs accidents ou maladies entraînant des invalidités partielles, votre droit à la rente s'apprécie dans chaque cas en fonction du taux global d'invalidité résultant de l'ensemble des sinistres survenus.

## Comment versons-nous la rente ?

Nous vous versons la rente par trimestre, à terme échu et sans arrérage au décès. Nous vous effectuerons le premier versement au plus tôt à la fin du cinquième trimestre qui suit votre accident ou votre maladie.

Vous bénéficierez du service de la rente annuelle tant que persistera votre état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez l'âge de 60 ans.

Dans le cas où l'amélioration de votre état de santé interromprait le service de la rente, un dernier versement vous serait effectué au prorata du temps écoulé jusqu'à la date d'interruption.

**La rente vous est toujours accordée à titre temporaire. Nous pouvons, en accord avec vous-même ou, à défaut par arbitrage médical, la réviser dans le cas d'une amélioration ou d'une aggravation de votre état de santé.**

Nous nous réservons le droit de vous demander à tout moment de justifier de la permanence de votre état.

Vous ne pouvez, en aucun cas, cumuler le service d'une rente d'invalidité avec les indemnités journalières accordées par les garanties Incapacité temporaire.

En cas d'incapacité temporaire, à la suite d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie, intervenant durant le service d'une rente partielle, seule la plus forte des deux indemnités vous sera réglée.



## EXONÉRATION

Si vous avez souscrit l'une des garanties Incapacité ou Invalidité, vous serez exonéré en tout ou partie du paiement des cotisations dues au titre de votre contrat pendant la période où vous percevrez effectivement des prestations, et ce, dans les conditions suivantes :

### En cas d'incapacité

En cas d'arrêt total, vous serez exonéré des cotisations à partir du 31<sup>e</sup> jour qui suit le début de l'arrêt de travail. Vous continuerez à payer normalement l'ensemble de vos cotisations et, avec chaque versement de prestations, nous vous rembourserons la part de cotisation relative à la période correspondante.

### En cas d'invalidité

Les cotisations émises sont inversement proportionnelles au taux d'indemnisation de la rente qui vous est versée pour la période correspondante (le début et la fin de service de la rente pouvant donner lieu à paiement de prorata.



Lioret 2

Contrat d'assurance prévoyance n° 255 M

Les garanties éligibles  
à la loi n° 94-126  
du 11 février 1994,  
dite «Loi Madelin» :  
Garanties familiales

Rente temporaire de conjoint.....28

Rente éducation.....28





# Les garanties éligibles à la loi Madelin



## RENTE TEMPORAIRE DE CONJOINT

À la suite de votre décès, nous constituerons sur la tête de votre conjoint une rente temporaire correspondant au montant stipulé sur les Conditions particulières.

Le conjoint est défini comme la personne mariée à l'assuré ou son concubin ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité.

En cas de réalisation de l'événement garanti, le bénéficiaire devra produire toutes pièces officielles justifiant de son identité.

La rente temporaire est servie trimestriellement au plus tard jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire du bénéficiaire.

Nous versons le premier terme 3 mois après votre décès.

En cas de décès du bénéficiaire de la rente avant ses 65 ans, la rente continue d'être versée au profit des enfants qui restaient fiscalement à sa charge. Ils bénéficient du versement de la rente au plus tard jusqu'à ce qu'ils atteignent 21 ou 28 ans en cas de poursuite d'études.

Si les enfants atteignent 21 ou 28 ans avant les 65 ans du conjoint, le versement de la rente cesse.

Dans le cas où le conjoint viendrait à décéder avant l'assuré, le bénéfice de la garantie serait reporté sur les enfants fiscalement à la charge de ce dernier au moment du décès. Les conditions d'âge définies ci-dessus pour les enfants bénéficiaires restent valables dans cette hypothèse.

Le montant de la rente prévu est divisé en parts égales entre le nombre d'enfants qui répondent aux conditions définies ci-dessus.



## RENTE ÉDUCATION

À la suite de votre décès par accident ou maladie, ou de votre perte totale et irréversible d'autonomie, nous constituons au bénéfice de chacun de vos enfants une rente annuelle dont le montant est indiqué sur les Conditions particulières.

Le versement de la rente s'effectuera jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 21 ans révolus ou jusqu'à la fin de ses études et, dans ce dernier cas, au plus tard jusqu'à l'âge de 28 ans révolus.

### ❖ Quand et comment réglons-nous la rente ?

Pour chaque enfant bénéficiaire désigné, la prestation qui est servie est calculée comme suit :

- 50 % de la rente choisie à l'adhésion avant 12 ans ;
- 75 % de la rente choisie à l'adhésion entre 12 et 17 ans ;
- 100 % de la rente choisie à l'adhésion après 18 ans.

Nous payons la rente par arrrages trimestriels.

Nous versons le premier terme 3 mois après votre décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le premier versement interviendra 9 mois après la présentation de la preuve de l'invalidité.

Dans le cas où l'un des bénéficiaires viendrait à décéder postérieurement au décès de l'assuré ou des suites du même accident, le service de la rente ne sera pas forcément interrompu. Les arrrages seront répartis par parts égales entre les autres bénéficiaires éventuels et versés jusqu'à la date prévue initialement en fonction de l'âge du bénéficiaire décédé.

## Sanctions en cas de fausse déclaration prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances

### Article L.113-8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

### Article L.113-9

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat 10 jours après

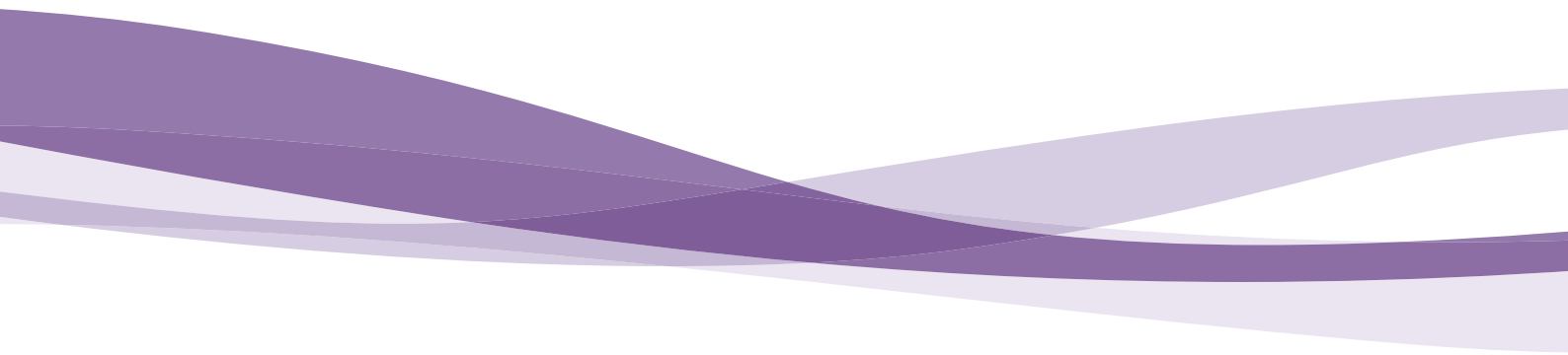
notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### Article L.132-26

L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assurance.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente assurée est réduit en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge de l'assuré. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt.



**La Médicale de France**

S.A. au capital entièrement libéré de 2 160 000 euros

Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : 50-56, rue de la Procession – 75015 Paris

Adresse de correspondance : 13-15, rue de Nancy

75499 Paris Cedex 10 – 582 068 698 RCS Paris

Predica  
S.A. au capital entièrement libéré de 915 874 005 euros  
Entreprise régie par le Code des assurances  
Siège social : 50-56, rue de la Procession – 75015 Paris – 334 028 123 RCS Paris

La Médicale Vie-Prévoyance  
Association loi 1901 – 50-56, rue de la Procession – 75015 Paris

[www.lamedicale.fr](http://www.lamedicale.fr)

