

MES BIENS

MON ARGENT

MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE

**MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE**



PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS
CHEFS D'ENTREPRISE

LE PLAN DE PRÉVOYANCE HORIZON

NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT



Introduction

Le Plan de Prévoyance Horizon est un regroupement de 3 contrats de prévoyance destinés aux professionnels, proposant :

- un contrat « Assurance Perte de Revenus »,
- un contrat « Assurance Accident »,
- un contrat « Assurance Décès ».

Ces contrats peuvent être souscrits indépendamment les uns des autres ou ensemble, et dans le cadre de la Loi Madelin ou non, selon le choix de l'assuré.

Dispositif de la loi Madelin

Dispositions fiscales et sociales non contractuelles applicables aux cotisations des adhésions aux contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrits par l'AMATI (Association Multiprofessionnelle pour les Assurances des Travailleurs Indépendants - Association à but non lucratif régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 et le code des assurances Siège social : Chaban 79180 CHAURAY - Déclarée auprès de la préfecture des Deux-Sèvres) auprès de FORCE ET SANTE (pour les contrats "Assurance Perte de revenus" et "Assurance Accident") ou auprès de MAAF Vie (pour le contrat "Assurance Décès") dans le cadre fiscal de la Loi Madelin (loi du 11 février 1994 modifiée par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 et par la loi de finance pour 2004).

L'adhésion d'un travailleur non salarié non agricole à un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative conclu dans le cadre de la Loi Madelin permet la constitution d'un régime de prévoyance complémentaire et supplémentaire facultatif de prévoyance.

L'adhésion au contrat groupe rend l'adhérent membre de droit de l'AMATI dont le Siège social est sis Chaban 79180 CHAURAY. Les statuts de l'AMATI sont communiqués sur simple demande de l'adhérent formulée à son siège social.

Les cotisations versées dans le cadre dudit contrat d'assurance de groupe sont déductibles du bénéfice imposable du travailleur non salarié non agricole sous certaines conditions cumulatives :

- 1) l'adhérent, travailleur non salarié non agricole, doit justifier qu'il est à jour de ses cotisations auprès des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse dont il dépend, par la production d'une attestation délivrée par l'organisme concerné. Ce justificatif devra être communiqué par l'adhérent lors de chaque échéance annuelle de son adhésion.
- 2) Les revenus professionnels de l'adhérent, travailleur non salarié non agricole, relèvent des dispositions prévues par l'article 62 du Code Général des Impôts (dirigeants non salariés) ou de la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéfices non commerciaux (BNC) assujettis à l'impôt selon un régime réel d'imposition.
- 3) Les cotisations sont déductibles dans la limite des plafonds de déductibilité prévus par la Loi Madelin. Le plafond de déductibilité fiscale est propre à chaque adhérent et partagé, le cas échéant, avec son conjoint collaborateur.

Les cotisations aux contrats Madelin ne sont pas exonérées de charges sociales.

Les contrats

➤ **ASSURANCE PERTE DE REVENUS** p. 3

➤ **ASSURANCE ACCIDENT** p. 27

➤ **ASSURANCE DÉCÈS** p. 47

Réf. PPH.004 - 01/2017

ASSURANCE PERTE DE REVENUS
Notice d'information valant règlement

OÙ TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ

LEXIQUE	p. 5
OBJET DU CONTRAT	p. 7
LES GARANTIES DU CONTRAT	p. 8
Les événements couverts	p. 8
Étendue territoriale des garanties	p. 11
LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS	p. 12
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	p. 13
Formation et durée de votre contrat	p. 13
Déclaration du risque	p. 13
Diminution ou suppression du risque	p. 14
Augmentation des garanties en cours de contrat	p. 14
Prescription	p. 14
Cessation de votre contrat	p. 15
LES MODALITÉS DE VERSEMENT	p. 16
En cas d'incapacité temporaire totale de travail	p. 16
Clause d'arbitrage	p. 16
VOTRE COTISATION	p. 17
Montant et paiement de votre cotisation	p. 17
Évolution de votre cotisation	p. 18
REVALORISATION	p. 19
Adaptation de vos garanties	p. 19
Revalorisation des indemnités en cours de service	p. 19
VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE	p. 20
Assistance aux personnes	p. 20
VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES	p. 23
Les renseignements juridiques	p. 23
INFORMATIONS GÉNÉRALES	p. 24
Le droit applicable	p. 24
Gestion des réclamations	p. 24
Protection des données personnelles	p. 24
Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile du souscripteur/adhérent ou sur son lieu de travail	p. 25
Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance	p. 25

LEXIQUE

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'assuré.

Ne sont pas considérés comme accident : le suicide, toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral...), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.

ADHÉRENT

Personne qui adhère au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative cité ci-après :

- Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'AMATI auprès de FORCE ET SANTE permettant à l'adhérent/assuré, ayant le statut professionnel de Travailleur Non Salarié Non Agricole de se constituer un régime de prévoyance supplémentaire facultatif de prévoyance dans le cadre fiscal de la Loi Madelin.

AMATI

Association Multiprofessionnelle pour les Assurances des Travailleurs Indépendants.

Adresse postale : Chaban de Chauray - 79036 NIORT.

ASSURÉ (OU VOUS)

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

ASSUREUR (OU NOUS)

FORCE ET SANTE : Chauray 79081 Niort Cedex 9 - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 443 443 825.

BÉNÉFICIAIRE

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

CARENCE

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

CONSOLIDATION

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

CONTRAT

Voir les dispositions énoncées dans le chapitre "La vie de votre contrat", paragraphe "Formation de votre contrat".

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

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

DÉCHÉANCE

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

FRANCHISE

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

La franchise choisie par l'assuré/souscripteur figurera sur les Conditions Particulières.

Il existe deux catégories de franchise :

1) Franchise absolue

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

2) Franchise spécifique

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

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

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (OU ARRÊT DE TRAVAIL)

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

MALADIE

Toute altération de votre état de santé constatée médicalement.

REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ

L'assuré est médicalement apte à reprendre partiellement (quel que soit le taux de reprise) son activité professionnelle (spécifiée au contrat).

RIXE

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

LEXIQUE

SOUSCRIPTEUR

Pour les contrats individuels « Assurance Perte de revenus » : personne physique ou morale qui adhère à Force et Santé, qui s'acquitte des cotisations.

Pour les contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative « Assurance Perte de revenus » s'inscrivant dans le cadre de la Loi Madelin : l'AMATI, association qui signe le contrat d'assurance de groupe.

VOUS

L'assuré : pour tout ce qui concerne les garanties.

Le souscripteur : pour les obligations relatives à la vie du contrat.

Nous expliquons dans les pages suivantes comment bénéficier des garanties.

TABLEAU DES FRANCHISES ABSOLUES

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

OBJET DU CONTRAT

Assurance Perte de Revenus

Le souscripteur/assuré doit être âgé de 18 à 60 ans et résider en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre Mer (DROM) lorsqu'il souscrit une Assurance Perte de Revenus.

Les travailleurs non salariés non agricoles qui souhaitent bénéficier des dispositions fiscales prévues par la Loi Madelin, disposent de la faculté d'adhérer au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative « Assurance Perte de Revenus » souscrit par l'AMATI auprès de Force et Santé.

Le contrat « Assurance Perte de Revenus » ne bénéficiant pas des dispositions fiscales prévues par la Loi Madelin est un contrat d'assurance individuel assuré par Force et Santé.

Le contrat « Assurance Perte de Revenus » est composé de deux garanties : une garantie Indemnités Journalières (I) et une garantie Rente Invalidité (II).

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

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

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

Et/ou l'une des options alternatives suivantes :

- « ½ Indemnité au-delà de 90 jours ».
- « ½ Indemnité durant les 365 premiers jours qui suivent la date de survenance de l'accident ou maladie garanti(e) ».

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

La rente d'invalidité sera calculée sur la base du montant des indemnités journalières choisi par le souscripteur dans le cadre de la garantie I.

Seule l'option « ½ Indemnité au-delà de 90 jours », souscrite dans le cadre de la garantie I, s'applique à la garantie II.

Ces informations sont spécifiées au contrat (cf lexique et chapitre "La vie de votre contrat", paragraphe "Formation de votre contrat").

LES GARANTIES DU CONTRAT

Les événements couverts

NOUS GARANTISSONS LES ÉVÉNEMENTS SUIVANTS

TOUT ACCIDENT

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

Précisions sur la prise en charge des pathologies rachidiennes

Les pathologies rachidiennes consécutives à une fracture vertébrale et/ou une entorse documentée radiologiquement sont prises en charge sans conditions. La durée d'indemnisation est limitée à 6 mois par événement entraînant un arrêt de travail indemnisé.

TOUTE MALADIE

- Dont la première manifestation apparaît plus de 3 mois (délai de carence – cf lexique) après la date de prise d'effet du contrat,
- ce délai de 3 mois est supprimé lorsque le présent contrat fait suite sans interruption à un contrat souscrit antérieurement auprès d'une autre Mutuelle ou Société d'assurances pour un même assuré et comportant des garanties équivalentes.

Précisions sur la prise en charge des pathologies rachidiennes

- Les pathologies rachidiennes non traumatiques et non tumorales sont prises en charge uniquement si elles nécessitent une intervention chirurgicale et après un délai de carence de 12 mois. La durée d'indemnisation est limitée à 6 mois en une ou plusieurs fois, sur toute la durée de vie du contrat.
- Les pathologies rachidiennes d'origines tumorales sont prises en charge après un délai de carence de 3 mois. La durée d'indemnisation est limitée à 6 mois par événement entraînant un arrêt de travail indemnisé.

GARANTIE I : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Conditions

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

Période d'indemnisation :

- La période d'indemnisation commence à partir de la date de survenance de l'accident ou maladie garanti(e) et au maximum, jusqu'au terme de la durée d'indemnisation choisie par l'assuré/souscripteur (1 an ou 3 ans). La période de la franchise spécifique et franchises absolues (voir lexique) est déduite de la durée d'indemnisation.

Exemple :

Garanties souscrites :

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

Arrêt maladie :

du 1^{er} janvier 2012 au 04 février 2013, soit 401 jours d'arrêt.

Durée d'indemnisation maximum 365 jours

Franchise : - 15 jours

Indemnisation : = 350 jours

Les Indemnités Journalières (350 jours d'indemnisation) sont versées à partir du 16 janvier 2012.

- La catégorie et la durée des franchises sont fixées dans votre bulletin d'adhésion :
 - « franchise absolue » avec la durée choisie par l'assuré/souscripteur (voir lexique),
 - ou la « franchise spécifique » (voir lexique).

La « franchise absolue » est ramenée à 3 jours pour tout arrêt de travail débutant par une hospitalisation d'une durée minimale de 3 jours (en cas d'accident ou de maladie).

La « franchise spécifique » est ramenée à 3 jours pour tout arrêt de travail débutant par une hospitalisation d'une durée minimale de 3 jours (en cas de maladie).

Montant de l'indemnité :

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

OPTIONS DE LA GARANTIE I INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les options suivantes, dénommées comme suit dans les Conditions Particulières, peuvent être souscrites :

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

Montant de l'indemnité

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

Conditions

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

Période d'indemnisation :

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

→ LES GARANTIES DU CONTRAT

Exemple :

Garanties souscrites :

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

Arrêt maladie :

du 1^{er} janvier 2011 au 24 février 2012, soit 420 jours d'arrêt, avec une reprise partielle d'activité à partir du 05 janvier 2012.

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

Les Indemnités Journalières sont versées du 01 avril 2011 jusqu'au 24 février 2012 (330 jours d'indemnisation) selon les modalités suivantes :

- . Indemnité totale (Arrêt total) : versement des Indemnités Journalières complètes du 01 avril 2011 jusqu'au 04 janvier 2012.
- . ½ indemnité (Arrêt partiel) : versement de la ½ des Indemnités Journalières du 05 janvier jusqu'au 24 février 2012.

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

■ Conditions et montant de l'indemnité

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

■ Période d'indemnisation

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

Exemple :

Garanties souscrites :

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

Arrêt maladie :

du 1^{er} avril 2012 au 16 octobre 2012, soit 199 jours d'arrêt

Franchise :	- 15 jours
Indemnisation totale :	= 184 jours

Les Indemnités Journalières sont versées du 16 avril 2012 jusqu'au 16 octobre 2012 (184 jours d'indemnisation) selon les modalités suivantes :

- . Indemnité totale : versement des Indemnités Journalières complètes du 16 avril 2012 jusqu'au 29 juin 2012.
- . ½ indemnité : versement de la ½ des Indemnités Journalières à partir du 91^{ème} jour, soit du 30 juin 2012 jusqu'au 16 octobre 2012.

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

■ Conditions et montant de l'indemnité :

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

■ Période d'indemnisation :

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

Exemple :

Garanties souscrites :

Franchise absolue pour l'accident : 30 jours
 Durée d'indemnisation : 3 ans
 Option « ½ Indemnité Journalière durant les 365 premiers jours qui suivent la date de survenance de l'accident ou maladie garanti(e) »

Arrêt maladie :

du 01 septembre 2012 au 16 octobre 2013, soit 411 jours d'arrêt

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

Les Indemnités Journalières sont versées du 01 octobre 2012 jusqu'au 16 octobre 2013 (381 jours d'indemnisation) selon les modalités suivantes :

- . ½ indemnité : versement de la ½ des Indemnités Journalières du 01 octobre 2012 au 01 septembre 2013.
- . Indemnité totale : versement des Indemnités Journalières complètes du 02 septembre 2013 au 16 octobre 2013

LES GARANTIES DU CONTRAT

GARANTIE II : RENTE D'INVALIDITÉ

Conditions

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

Période d'indemnisation

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

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

ou :

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

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

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

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

Il est par contre tenu compte des possibilités de rééducation.

Montant de l'indemnité

Le taux d'incapacité obtenu par le croisement des deux incapacités, fonctionnelle et professionnelle, (cf tableau ci-dessous) détermine le coefficient à appliquer sur le montant annuel de la rente. Ce montant est égal à 365 fois le montant de l'indemnité journalière fixée aux Conditions Particulières.

Pour l'option « ½ indemnité au-delà de 90 jours », c'est le montant de l'indemnité journalière réduite de moitié qui est prise en compte pour l'indemnisation de la rente.

Le tableau ci-après donne le taux d'indemnisation appliqué par rapport au taux d'incapacité retenu.

BARÈME DES COEFFICIENTS À APPLIQUER SUR LA RENTE

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

L'indemnité journalière et la rente sont revalorisées au 1^{er} janvier dans les conditions prévues dans le chapitre "Revalorisation".

LE SERVICE DES GARANTIES CESSE

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

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

- dès que vous êtes considéré médicalement apte à reprendre même partiellement votre activité professionnelle (spécifiée au contrat) pour la garantie I sans option ou avec l'une des options « ½ indemnité au-delà de 90 jours » et « ½ indemnité durant les 365 premiers jours qui suivent la date de survenance de l'accident ou maladie garanti(e) ».

ou

si vous avez souscrit dans le cadre de la garantie I l'option « ½ Indemnité en cas de reprise partielle d'activité », dès que vous êtes apte à reprendre votre activité professionnelle (spécifiée au contrat) à temps plein ou à la fin de l'indemnisation au titre de la reprise partielle d'activité.

- à l'expiration de la durée d'indemnisation choisie et mentionnée au contrat par le souscripteur,
- à la date de la liquidation des droits de l'assuré à la retraite dans le cadre de son régime obligatoire sans que cette dernière date puisse excéder les 67 ans de l'assuré, par différence de millésime,

BARÈME POUR LES TAUX D'INVALIDITÉ CROISÉS

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

→ LES GARANTIES DU CONTRAT

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

■ Pour la garantie II rente d'invalidité

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

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

ou :

- à la date de la liquidation des droits de l'assuré à la retraite dans le cadre de son régime obligatoire sans que cette dernière date puisse excéder les 65 ans de l'assuré, par différence de millésime.

DÉLAI DE RÈGLEMENT DES GARANTIES ET OPTIONS I ET II

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

- tous les 15 jours, les indemnités journalières, après expiration de la franchise précisée aux conditions particulières,
- tous les mois, la rente d'invalidité.

→ CAS PARTICULIERS

RECHUTE

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

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

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

Exemple :

Garanties souscrites :

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

Arrêt maladie :

du 1^{er} février 2011 au 13 mars 2011, soit 41 jours d'arrêt

Franchise :	- 30 jours
Indemnisation :	11 jours

Nouvel arrêt pour la même maladie du 1^{er} avril 2011 au 28 février 2012.

La durée d'indemnisation d'un an se décompte du 1^{er} février 2011 au 31 janvier 2012.

Le nouvel arrêt s'indemnise donc du 1^{er} avril 2011 au 31 janvier 2012, soit 306 jours (février 2012 étant postérieur à la période d'indemnisation).

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

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

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

Exemple :

Garanties souscrites :

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

Arrêt suite accident :

du 1^{er} février 2011 au 13 mars 2011, soit 41 jours d'arrêt

Franchise :	- 15 jours
Indemnisation :	26 jours

Nouvel arrêt en relation avec l'accident de février, du 13 octobre 2011 au 28 février 2012 soit pendant 139 jours.

Indemnisation : 139 jours - Franchise : 30 jours = 109 jours.

→ Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

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

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

➔ QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS ?

Exclusions

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

RÉSULTANT :

- d'un suicide ou de la tentative de suicide conscient ou inconscient de l'assuré,
- de l'usage, par l'assuré, de drogues, stupéfiants ou médicaments,
- de douleurs neuropathiques, du syndrome polyalgique idiopathique diffus, du syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie, du Syndrome d'Intolérance aux Champs Electromagnétiques (SICEM) et de toute maladie, syndrome ou pathologie non objectivable à l'examen clinique pour lesquels aucune étiologie organique n'est retrouvée ;

CAUSÉS PAR :

- la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré,
- une guerre civile ou étrangère,
- une explosion atomique ou les effets directs ou indirects de la radioactivité,
- une absence de soins indispensables, ou le non respect du traitement médical prescrit,
- une cure d'amaigrissement non prescrite médicalement ;

SURVENANT :

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

DUS :

- au traitement de l'infertilité et de la stérilité,
 - à des traitements prescrits à l'assuré dans une ville d'eau, une station balnéaire ou climatique, les séjours en cure thermale ou thalassothérapie.
- (Toutefois les demandes qui seront faites à la suite d'un accident ou d'une maladie garanti feront l'objet d'un examen par notre Médecin Conseil en vue d'une éventuelle prise en charge).

SURVENANT ET RÉSULTANT :

- d'une dépression nerveuse et de toute autre affection psychopathologique,
- d'affections antérieures à la date de prise d'effet mentionnées au contrat du souscripteur,
- de l'éthylisme chronique de l'assuré.

SURVENANT LORSQUE L'ASSURÉ :

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

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

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

Formation et durée de votre contrat

FORMATION DE VOTRE CONTRAT

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

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

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

La durée de validité du Questionnaire Médical Confidentiel est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Si l'assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, vous devez remplir un nouveau Questionnaire Médical Confidentiel.

L'assureur peut :

- accepter votre demande :
 - au taux normal de cotisation,
 - sans restriction, ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties,
- refuser votre demande.

L'acceptation de l'assureur sera matérialisée par la remise des conditions particulières qui récapitulent l'ensemble de vos garanties et l'encaissement de votre prime ou fraction de prime.

La présente notice d'information valant règlement vous précise le fonctionnement de votre contrat et le contenu de vos garanties.

DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat, conclu jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription, est reconduit d'année en année sans intervention de votre part (il s'agit de la tacite reconduction).

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

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

Déclaration du risque

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

- lors de la souscription, et en cas de demande d'augmentation de garanties, répondre avec précision aux questions posées à la demande de souscription (notamment âge, activité professionnelle...) au Questionnaire Médical Confidentiel selon la (ou les) garantie(s) souscrite(s) et, s'il lui en est fait la demande, se soumettre à une visite médicale ;

- en cours de contrat, nous informer, par lettre recommandée, des modifications suivantes :
 - d'une cessation d'activité professionnelle, définitive ou d'une durée supérieure à 6 mois ne résultant pas d'un événement garanti par le présent contrat. Dans ce cas, l'Assurance Perte de Revenus est sans objet puisqu'il n'y a plus exercice de l'activité professionnelle,
 - d'un changement d'activité professionnelle de l'assuré.

Si cette modification aggrave le risque, nous pouvons soit :

- résilier votre contrat avec un préavis de 10 jours si votre nouvelle activité professionnelle fait partie de celles que nous ne garantissons pas,
- vous proposer un nouveau taux de cotisation. Si vous ne donnez pas suite ou si vous refusez, dans un délai de 30 jours à compter de la proposition, nous pouvons résilier votre contrat au terme de ce délai.

Déclaration des autres assurances

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

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

- **En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, vos garanties sont réputées n'avoir jamais existé. Deux conséquences en découlent :**
 - les cotisations payées nous sont acquises et nous avons droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes les cotisations échues,
 - vous ou les bénéficiaires devez nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat.
- **En l'absence de mauvaise foi, nous pouvons :**
 - Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant sinistre :
 - Force et Santé a le droit de maintenir l'adhésion individuelle ou adhésion au contrat collectif à adhésion facultative dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le souscripteur/adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin 10 jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. Force et Santé restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
 - Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après sinistre :
 - l'indemnité est réduite en proportion du taux de la cotisation payé par rapport au taux de la cotisation qui aurait été dû si vous aviez complètement et exactement déclaré le risque.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

Diminution du risque ou suppression du risque

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

Augmentation des garanties en cours de contrat

L'augmentation des indemnités journalières, l'augmentation des garanties, la souscription de l'option « ½ indemnité en cas de reprise partielle d'activité » (garantie I), la souscription de la garantie II (Rente Invalidité), le changement de franchise, la modification de la durée de la franchise absolue, nécessitent de nouvelles formalités médicales à l'issue de laquelle l'assureur se prononcera (cf Chapitre « la vie de votre contrat », paragraphe « formation de votre contrat »). L'acceptation de l'assureur sera matérialisée par la remise des nouvelles Conditions particulières qui se substitueront entièrement aux anciennes conditions contractuelles appliquées avant l'augmentation des garanties. Le nouveau montant, les nouvelles garanties, et les nouvelles conditions d'indemnisation faisant suite aux nouvelles formalités d'admission prennent effet à la date d'acceptation par l'assureur dans les conditions suivantes :

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

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

Prescription

Article L221-11 du Code de la mutualité

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L221-12 du Code de la mutualité

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L221-12-1 du Code de la mutualité

Créé par LOI n°2008-561 du 17 juin 2008 - art. 6

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

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

Article 2240

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

Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242

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

Article 2243

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246

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

Cessation de votre contrat

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

DÉNONCIATION DE LA TACITE RECONDUCTION

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

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

Pour dénoncer la tacite reconduction, vous devez nous adresser soit une déclaration faite contre récépissé, soit un acte extrajudiciaire ou une lettre recommandée, votre courrier devant être posté, le cachet de la poste faisant foi, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

LA RÉSILIATION

DANS QUEL CAS VOTRE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?

PAR VOUS :

- en cas de diminution du risque si nous refusons de réduire votre cotisation en conséquence,
- en cas de majoration du taux de votre cotisation, dans la mesure où cette majoration est décidée par le Conseil d'Administration ou due à un changement de tranche d'âge.

La résiliation est possible en cas de survenance d'un des événements suivants, sur présentation de tout document attestant du changement, lorsque le changement modifie le risque assuré antérieurement (notamment modification de la tarification) :

- changement de domicile
- changement de situation matrimoniale
- changement de régime matrimonial
- changement de profession

- retraite professionnelle : voir paragraphe la résiliation "DE PLEIN DROIT"
- cessation définitive de l'activité professionnelle : votre demande doit nous parvenir au plus tard, 3 mois suivant la date d'arrêt de votre activité.

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

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

PAR NOUS :

en cas :

- de non paiement de votre cotisation,
- d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat si vous refusez la révision de votre cotisation,
- lorsque vous installez votre domicile hors de la France métropolitaine ou des Départements et Régions d'Outre Mer (DROM) (Étranger)
- d'aggravation du risque du fait de votre changement d'activité professionnelle déclarée,
- de fausse déclaration intentionnelle,
- de jugement de redressement ou de liquidation judiciaire.

DE PLEIN DROIT :

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

COMMENT EST RÉSILIÉ VOTRE CONTRAT ?

- Vous en prenez l'initiative

Vous avez le choix entre une déclaration faite contre récépissé, un acte extrajudiciaire ou une lettre recommandée qui doit nous être adressée en respectant le délai prévu pour notifier votre décision.

- Nous en prenons l'initiative

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

SORT DE VOTRE COTISATION

Si votre contrat est résilié au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la portion de cotisation perçue d'avance concernant la période postérieure à la résiliation, sauf lorsque la résiliation résulte d'une fausse déclaration intentionnelle de votre part ou du non-paiement de l'intégralité de la cotisation due (cette portion nous est due à titre d'indemnité).

→ LES MODALITÉS DE VERSEMENTS

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES I ET II

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

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

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

📌 En cas d'incapacité temporaire totale de travail

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

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

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

Les certificats médicaux descriptifs sont à adresser sous pli confidentiel à FORCE ET SANTE à l'attention du service médical.

En outre, avant le règlement des prestations à l'assuré, FORCE ET SANTE se réserve le droit de demander les justificatifs de ses revenus.

Conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité, tout assuré et/ou bénéficiaire qui, de mauvaise foi, fait de fausses déclarations sur l'existence, la nature, les causes, circonstances ou conséquences d'un accident, ou emploie comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, est entièrement déchu de tous ses droits à garantie ; l'assuré et/ou bénéficiaire devra donc nous rembourser toute somme versée à l'occasion de l'accident en cause, indépendamment des autres sanctions que nous sommes fondés à prendre à son encontre.

📌 Clause d'arbitrage

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

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

En cas d'avis défavorable de notre service médical sur le maintien du droit à prestations, le versement des indemnités est supprimé. En cas de désaccord d'ordre médical appuyé par un certificat médical motivé, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord sur la liste des médecins experts membres de la FFAMCE (Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts). Chaque partie se fera assister à ses frais par son propre expert.

En l'absence d'accord sur un nom de médecin, le litige sera confié au président du Tribunal de Grande Instance de NIORT qui désignera un expert figurant sur l'annuaire des médecins adhérents à la FFAMCE.

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

➔ VOTRE COTISATION

Montant et paiement de votre cotisation

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

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

- l'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance de l'assuré. Dans le cadre de l'Assurance Perte de Revenus, il y a 8 tranches d'âge (18-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60-67 ans),
- l'activité professionnelle de l'assuré,
- la garantie souscrite et le montant des indemnités journalières,
- les options souscrites,
- la catégorie et la durée de la franchise,
- la durée d'indemnisation choisie (1 an ou 3 ans) pour la garantie I,
- le statut : salarié ou travailleur non salarié.

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

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

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

La cotisation TTC peut être réglée en plusieurs fois :

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

Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire (hors livret d'épargne).

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

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

■ Quand doit-elle être payée ?

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

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

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

	Les frais de fractionnement inclus dans la cotisation TTC ⁽¹⁾	Les frais d'échéance ou frais de gestion annuels, facturés une seule fois, quel que soit le nombre de contrats présents sur votre avis d'échéance ⁽²⁾
Paiement annuel de vos cotisations	pas de frais remise de 1 % (incluse dans la cotisation) en cas de paiement par prélèvement automatique	pas de frais
Paiement semestriel de vos cotisations	2,50 %	3 €
Paiement trimestriel de vos cotisations	4 %	6 €
Paiement mensuel de vos cotisations (10 ou 12 fois) en prélèvement automatique obligatoire	5 %	15 € en paiement 10 fois 18 € en paiement 12 fois

(1) Par exemple en cas de paiement mensuel en 12 fois, si le tarif annuel TTC de votre contrat est de 250 €, le montant des frais inclus dans votre cotisation est : $(250 - 250/1,05) = 11,90$ €

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

➔ VOTRE COTISATION

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

Préalablement à la procédure prévue par le Code de la mutualité définie ci-dessous, vous recevrez une lettre simple vous rappelant les conséquences de ce non paiement. L'envoi de cette lettre simple ne se fera plus lorsque les retards de paiement sont répétitifs.

En application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, vous ferez l'objet d'une mise en demeure par lettre recommandée. Des frais de mise en demeure (11 €), et éventuellement des frais d'impayés (7 €) en cas de paiement fractionné, vous seront facturés et toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviendront immédiatement exigibles.

Votre contrat sera suspendu trente jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure, sauf si vous réglez la totalité des sommes dues pendant ce délai.

En l'absence de règlement intégral, votre contrat pourra être résilié dix jours après la date de suspension.

En cas d'une telle résiliation, vous resterez tenu au paiement :

- de la cotisation relative à la totalité de la période écoulée jusqu'au jour de la résiliation,
- d'une pénalité comprenant, d'une part, le montant de la cotisation relative à la période comprise entre le jour de la résiliation et celui de l'échéance et, d'autre part, le montant des frais de mise en demeure (11 €), et éventuellement des frais d'impayés (7 €) en cas de paiement fractionné, le montant total de cette pénalité ne pouvant toutefois être supérieur à six mois de cotisation.

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

➔ Évolution de votre cotisation

➔ EXONÉRATION

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

Au jour du sinistre, la cotisation encaissée pour une période postérieure au début de l'arrêt de travail vous sera remboursée.

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

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

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

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

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

➔ MODIFICATION DU TAUX DE LA COTISATION

La modification de votre cotisation peut avoir pour motif :

EN COURS D'ANNÉE :

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

À L'ÉCHÉANCE :

- un changement de tranche d'âge de l'assuré lorsque le tarif de la garantie évolue avec l'âge,
- la revalorisation des garanties (voir chapitre sur la "Revalorisation"),
- un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût moyen des sinistres),
- une modification législative ou réglementaire,
- une modification de la part de la cotisation rente d'invalidité affectée au fonds de revalorisation (voir chapitre sur la "Revalorisation").

Quels sont alors vos droits ?

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

➔ REVALORISATION

➔ Adaptation de vos garanties

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

➔ Revalorisation des indemnités en cours de service

- Les indemnités journalières en cours de service sont revalorisées chaque année au 1^{er} Janvier dans les conditions prévues ci-dessus (voir § Adaptation de vos garanties).
- La rente annuelle est égale, lorsqu'elle devient exigible, à 365 fois le montant de l'indemnité journalière garantie à la même date. Elle est revalorisée ensuite chaque année au 1^{er} janvier dans les conditions prévues ci-dessus mais dans la limite du FONDS DE REVALORISATION constitué de la façon suivante :
 - chaque année au 31 décembre, 10 % des cotisations (*) versées au titre de la garantie Rente d'Invalidité sont affectés au fonds de revalorisation ;
 - chaque année, après la clôture de l'exercice, nous établissons un compte qui enregistre :

AU CRÉDIT

- les cotisations versées au titre de la garantie Rente d'Invalidité nettes des frais d'acquisition, de gestion et du prélèvement de 10 % (*) prévu ci-dessus,
- la provision mathématique des rentes au 31 Décembre de l'exercice précédent,
- les capitaux constitutifs des revalorisations de rentes prélevés au cours de l'exercice sur le fonds de revalorisation,

- les intérêts nets d'impôts produits au cours de l'exercice par la provision mathématique des rentes et le fonds de revalorisation des rentes constitués au 31 Décembre précédent,
- l'éventuel solde, en notre faveur, des opérations de Réassurance au 31 décembre de l'exercice.

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

AU DÉBIT

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

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Assistance aux personnes

MAAF ASSISTANCE EST À VOTRE ÉCOUTE 24H/24.

0 800 16 17 18 Service & appel gratuits

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

DE L'ÉTRANGER +33 5 49 16 17 18

Sourds et malentendants

SMS : 06 78 74 53 72

L'assistance aux personnes vous permet de bénéficier :

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

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

Les bénéficiaires en déplacement confrontés à de sérieux ennuis non prévus dans les garanties décrites ci-dessous, peuvent néanmoins appeler MAAF Assistance qui s'efforcera de tout mettre en œuvre pour leur venir en aide.

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

LES BÉNÉFICIAIRES

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

Les bénéficiaires doivent obligatoirement être domiciliés en France*.

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

LES DÉPLACEMENTS SONT GARANTIS :

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

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

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

● Définitions

L'accident corporel est l'événement soudain, d'origine extérieure au corps humain, involontaire, imprévisible, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

La maladie est une altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par

* France métropolitaine ou DROM

une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage ou du séjour.

Exclusions

Ni les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé, ni les retours pour greffe d'organe, ne peuvent être considérés comme des événements donnant droit à une assistance au titre de la maladie si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.

● Prestations

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

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

Attente sur place d'un accompagnant : lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, MAAF Assistance organise et participe à l'hébergement (hôtel et petit déjeuner) d'une personne restée au chevet du bénéficiaire à concurrence de 50 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

Présence d'un proche : si le patient doit rester hospitalisé plus de 7 jours et qu'aucune personne n'est à son chevet, MAAF Assistance prend en charge les frais de transport aller et retour au départ de la France* d'un proche et les frais d'hébergement (hôtel et petit déjeuner) de ce dernier à concurrence de 50 € par jour dans la limite de 7 jours. **Cette prestation ne se cumule pas avec celle de l'attente sur place d'un accompagnant.**

Lorsque le blessé ou le malade est âgé de moins de 15 ans et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

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

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

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

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

➔ VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

Exclusions

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

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

L'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

● Prestations

Décès d'un bénéficiaire

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

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

Exclusions

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

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

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

* France métropolitaine ou DROM

** Cf. lexique

FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

● Prestation

Sauf mise en œuvre de la garantie frais de recherche et de secours du contrat, en cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées et hors compétition sportive, MAAF Assistance prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, sans franchise kilométrique.

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

- **du retour au domicile en France*** des autres bénéficiaires si l'événement garanti les empêche de rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus,
- **du retour au domicile en France*** des enfants de moins de 15 ans avec accompagnement si nécessaire, si personne n'est en mesure de s'occuper d'eux,
- **du retour au domicile en France*** des animaux de compagnie lorsque personne n'est en mesure de s'occuper d'eux. Si les animaux sont blessés, ils sont confiés au service vétérinaire le plus proche avant d'être ramenés au domicile de leur propriétaire ou d'un proche par les moyens les plus appropriés.

CONDITIONS D'INTERVENTION

- Les dépenses engagées sans l'accord préalable de MAAF Assistance, resteront, à votre charge, de même que les dépenses que vous auriez dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention.
- Les délais d'intervention et les prestations de MAAF Assistance sont fonction de la gravité de la situation locale et/ou des possibilités offertes par les infrastructures locales.
- MAAF Assistance n'intervient pas dans les cas suivants :
 - MAAF Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.
 - MAAF Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.
 - MAAF Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur dans les pays traversés par lui.
 - MAAF Assistance ne peut se substituer aux services publics, sapeurs-pompiers notamment, auxquels il doit être fait appel en cas d'incendie, explosions, etc...

➤ VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

- les convalescences et les affections (maladie, accident*) en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les conséquences des états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ainsi que de l'absorption d'alcool,
- les conséquences du suicide, de la tentative de suicide et de ses complications,
- les frais de secours d'urgence, l'organisation des recherches et sauvetages et les frais s'y rapportant, les frais de transports primaires, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski en cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées et hors compétition sportive,
- les événements survenus lors de la pratique des sports suivants : sports aériens, spéléologie, saut à l'élastique, pêche et plongée sous marines, sports de combat, sports comportant l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur, sports équestres, alpinisme et escalades, sports en eaux vives, sport de glisse (à l'exception des accidents liés à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées), sports comportant l'utilisation d'armes à feu, raids, trekkings, ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires,
- les situations à risques infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine,
- les conséquences qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, instabilité politique notoire, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et événements imprévisibles d'origine naturelle.

➤ L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

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

■ Accueil et consultation psychologique

MAAF Assistance met à votre disposition un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone pour une consultation d'une durée moyenne de 45 minutes.

MAAF Assistance prend en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.

■ Suivi psychologique

A la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, vous pouvez bénéficier de **3 nouvelles consultations maximum** effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue, soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé, proche de votre domicile ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations dans les deux premiers cas.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, MAAF Assistance vous rembourse sur justificatifs **3 consultations maximum** dans la limite de 52 € par consultation.

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

Dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, les consultations sont effectuées uniquement par téléphone ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.

La prestation "suivi psychologique" est limitée à 2 événements traumatisants par bénéficiaire et par année d'assurance.

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

Exclusions

La garantie n'intervient pas :

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

* Cf. lexique

☞ VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

Les renseignements juridiques (par téléphone)

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

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

Elle n'inclut pas la prise en charge des frais de procédure.

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

☞ QUI EST COUVERT ?

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

☞ QUELLES SONT LES MODALITÉS D'INTERVENTION ?

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

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

☞ QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?

Les domaines garantis sont les suivants :

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

Sont exclus les litiges non régis par le droit français.

* Cf. lexique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le droit applicable (article L225-2 du Code de la Mutualité)

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

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité, l'autorité chargée du contrôle de votre mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09.

Gestion des réclamations

Pour tout mécontentement envers nous, votre interlocuteur habituel (conseiller, gestionnaire...) mettra en œuvre tous les moyens à sa disposition pour vous satisfaire.

Si le mécontentement persiste, il vous proposera de vous adresser à son responsable qui analysera avec vous l'origine du problème et s'assurera de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si la réponse ne vous satisfait toujours pas, vous pourrez vous adresser au service réclamations et qualité client MAAF que vous pouvez joindre :

Par courrier

MAAF Assurances
Service Réclamations et Qualité Client MAAF
79036 – NIORT CEDEX 09

Par courriel :

service.RECLAMATIONSETQUALITECLIENT@maaf.fr

Par téléphone :

05.49.17.53.00 de 13h00 à 18h00 du lundi au vendredi

Dans tous les cas, vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de la réception de votre réclamation sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai. Le cas échéant, vous recevrez une réponse du service réclamations et qualité client MAAF au plus tard 2 mois après la réception de votre réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le service réclamations et qualité client MAAF, vous pourrez solliciter le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par courrier

La Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Par voie électronique

<http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel vous concernant sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance.

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements à des fins de gestion commerciale des clients et des prospects, sauf opposition de votre part,
- de traitements de contrôle interne,
- de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- de traitements de lutte contre la fraude à l'assurance qui peuvent entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à Force et Santé, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, et partenaires qui lui sont contractuellement ou statutairement liés et à des organismes professionnels.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant par courrier à :

Force et Santé
Coordination Informatique et Libertés
Chauray - 79036 NIORT Cedex 9

Nous vous informons que vous êtes susceptible de recevoir un appel de l'un de nos conseillers et que les entretiens téléphoniques peuvent faire l'objet d'une double écoute et d'un enregistrement à des fins d'amélioration du service proposé et de formation de nos équipes. Vous pouvez vous opposer à ce traitement en le signalant en début d'entretien.

En application des dispositions du Code de la consommation, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, nous ne pourrions pas vous démarcher par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

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

En tant que personne physique, si vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, et avez dans ce cadre souscrit le présent contrat d'assurance, vous avez la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de sept jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Vous devez notifier votre volonté de renoncer par courrier avec demande d'avis de réception à l'adresse du siège social de FORCE ET SANTE Chauray 79036 NIORT Cedex 09.

Cette demande intégrera la phrase suivante : "Je soussigné (nom, prénom) exerce mon droit de renonciation pour mon contrat Assurance Perte de Revenus souscrit le/...../....., auprès de FORCE ET SANTE".

☞ Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance

Vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat si ce dernier a été conclu exclusivement à distance. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, soit à compter du jour où vous avez reçu la présente notice d'information si cette date est postérieure à celle de la conclusion du contrat.

Le droit à renonciation ne s'applique toutefois pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit à renonciation. En cas de renonciation, FORCE ET SANTE conservera la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte.

Votre contrat sera résilié à la date de la réception de votre lettre.

Vous devez notifier votre demande par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : FORCE ET SANTE Chauray 79036 Niort cedex 09. Cette demande intégrera la phrase suivante : "Je soussigné (nom, prénom) exerce mon droit de renonciation prévu par l'article 223-8 du Code de la Mutualité pour mon contrat Assurance Perte de Revenus numéro, souscrit le/...../.....".

Le Contrat Assurance « Perte de Revenus » est régi par le Code de la Mutualité.

Assuré par : FORCE ET SANTE

Union mutualiste soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 443 443 825 - Code APE 6512 Z

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

ASSURANCE ACCIDENT

Notice d'information valant règlement

OÙ TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ

LEXIQUE	p. 29
OBJET DU CONTRAT	p. 30
LES GARANTIES DU CONTRAT	p. 31
Les événements couverts	p. 31
Les prestations assurées	p. 31
Étendue territoriale des garanties	p. 31
Les événements non couverts	p. 32
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	p. 33
Formation de votre contrat	p. 33
Déclaration du risque	p. 33
Diminution du risque	p. 34
Prescription	p. 34
Cessation de votre contrat	p. 35
MODALITÉS DE VERSEMENT	p. 36
La Garantie I : Décès	p. 36
La Garantie II : Incapacité Permanente	p. 36
La Garantie III : Indemnités Journalières	p. 36
En cas de décès	p. 36
En cas d'incapacité temporaire	p. 36
Clause d'arbitrage	p. 37
VOTRE COTISATION	p. 38
Montant et paiement de votre cotisation	p. 38
Évolution de votre cotisation	p. 39
VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE	p. 40
Assistance aux personnes	p. 40
VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES	p. 43
Les renseignements juridiques	p. 43
INFORMATIONS GÉNÉRALES	p. 44
Le droit applicable	p. 44
Gestion des réclamations	p. 44
Protection des données personnelles	p. 44
Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile du souscripteur/adhérent ou sur son lieu de travail	p. 45
Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance	p. 45

LEXIQUE

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'assuré.

Ne sont pas considérés comme accident : le suicide, toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral...), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.

ADHÉRENT

Personne qui adhère au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative cité ci-après :

- Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'AMATI auprès de FORCE ET SANTE permettant à l'adhérent/assuré, ayant le statut professionnel de Travailleur Non Salarié Non Agricole de se constituer un régime de prévoyance supplémentaire facultatif de prévoyance dans le cadre fiscal de la Loi Madelin.

ASSURÉ (OU VOUS)

Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque et qui n'exerce pas l'une des professions suivantes : cascadeurs, jockeys, pompiers, membres de l'armée, de la police et de la gendarmerie et qui exerce, pour bénéficier de la garantie III "Indemnités journalières", une activité professionnelle rémunérée.

ASSUREUR (OU NOUS)

FORCE ET SANTE : Chauray 79081 Niort Cedex 9 - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 443 443 825.

CONCUBINAGE

Situation de deux personnes majeures en mesure d'établir qu'elles ont créé **durablement** entre elles une communauté maritale de vie, d'intérêts, de biens.

CONJOINT

Personne mariée non séparée de droit ou de fait, à défaut le partenaire pacsé, à défaut le concubin.

CONSOLIDATION

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

CONTRAT

Il se compose du bulletin d'adhésion, de la présente notice d'information valant règlement, des Conditions Particulières et leurs éventuelles annexes, remis à la personne qui souscrit le contrat.

Le contrat équivaut à l'adhésion ou à la souscription.

CONTRAT « MADELIN »

Contrat instauré par la Loi du 11 février 1994 qui permet aux professionnels non salariés non agricoles d'améliorer leur protection sociale tout en bénéficiant d'un dispositif d'incitation fiscale favorable.

DÉCHÉANCE

Privation de l'assuré ou d'un bénéficiaire d'une indemnité pour non respect des obligations contractuelles après sinistre.

FRANCHISE

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

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

C'est l'impossibilité, constatée et justifiée médicalement, pour l'assuré de se livrer temporairement à son activité professionnelle suite à accident.

L'AMATI

Association Multiprofessionnelle pour les Assurances des Travailleurs Indépendants.

Adresse postale : Chaban de Chauray - 79036 NIORT.

RIXE

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

SOUSCRIPTEUR

Pour les contrats individuels « Assurance Accident » : personne physique ou morale qui adhère à FORCE ET SANTE, qui s'acquitte des cotisations.

Pour les contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative « Assurance accident » s'inscrivant dans le cadre de la Loi Madelin : l'AMATI, association qui signe le contrat d'assurance de groupe.

VOUS

L'assuré pour tout ce qui concerne les garanties, le souscripteur (contrat individuel) et l'adhérent (contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative) pour les obligations relatives à la vie du contrat.

Nous expliquons dans les pages suivantes comment bénéficier des garanties.

➔ OBJET DU CONTRAT

➔ Assurance accident

Le souscripteur/assuré doit être âgé de moins de 70 ans lors de la conclusion du contrat.

La garantie s'applique en cas d'accidents survenus à l'assuré dans l'exercice de sa profession et(ou) dans le cadre de sa vie privée, selon la mention portée au contrat.

Les travailleurs non salariés non agricoles qui souhaitent bénéficier des dispositions fiscales prévues par la Loi Madelin, disposent de la faculté d'adhérer au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative « Assurance Accident » souscrit par l'AMATI auprès de Force et Santé.

Le contrat « Assurance Accident » ne bénéficiant pas des dispositions fiscales prévues par la Loi Madelin est un contrat d'assurance individuel assuré par Force et Santé.

L'« Assurance Accident » est composé de trois garanties :

- une garantie décès (I),
- une garantie incapacité permanente (II),
- et une garantie indemnités journalières (III).

La garantie indemnités journalières (III) ne peut être souscrite seule.

→ LES GARANTIES DU CONTRAT

→ Les événements couverts

Nous garantissons le décès, l'incapacité permanente, l'incapacité temporaire de travail de l'assuré survenant après la date de prise d'effet de l'adhésion suite à accident dans le cadre de sa profession et/ou dans le cadre de sa vie privée.

→ Les prestations assurées

→ GARANTIE I : DÉCÈS

Il doit survenir dans un délai d'un an à compter de la date de l'accident.

LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

■ La désignation des bénéficiaires

L'assuré a le choix entre trois modes de désignations :

- opter pour la clause type proposée par FORCE ET SANTE : « mon conjoint (marié, à défaut mon partenaire pacsé, à défaut mon concubin), à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers »,
- désigner nominativement les bénéficiaires à la souscription/adhésion ou rédiger une clause particulière en nous adressant une lettre datée et signée précisant :
 - le(s) nom(s), prénom(s), adresse(s), date(s) de naissance du (ou des) bénéficiaire(s),
 - et la répartition des capitaux,
- opter pour une clause particulière que vous déposez chez un notaire. Dans ce cas, vous devez nous adresser une lettre datée et signée indiquant uniquement les coordonnées du notaire et de son étude.

La clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

En l'absence de bénéficiaire désigné, les capitaux versés en cas de décès font partie de la succession de l'assuré.

■ Modification de la clause bénéficiaire

L'assuré peut à tout moment apporter un changement à la rédaction de votre clause bénéficiaire : modifier ou préciser les coordonnées du (ou des) bénéficiaire(s) nommé(s) désigné(s), changer les bénéficiaires de votre contrat.

Pour ce faire, vous pouvez effectuer cette modification auprès de votre conseiller ou nous adresser une lettre datée et signée qui mentionne très précisément le(s) nom(s), prénom(s), date(s) de naissance du (des) nouveau(x) bénéficiaire(s) et/ou la nouvelle répartition des capitaux décès.

Si vous avez déposé votre clause bénéficiaire chez un notaire, vous pouvez la modifier de la même manière.

Il est important de vérifier périodiquement la rédaction de votre clause bénéficiaire en fonction de l'évolution de votre situation personnelle (naissance, divorce, décès...) : les bénéficiaires désignés dans votre contrat doivent être identifiables et la répartition des capitaux décès doit être clairement définie.

■ ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE

Lorsqu'un bénéficiaire en cas de décès accepte le bénéfice de sa désignation et que nous en sommes informés par écrit, vous ne pourrez plus le révoquer sans son accord.

L'acceptation doit être obligatoirement formalisée par un acte authentique ou sous seing privé, signé par vous en tant que souscripteur et par le bénéficiaire acceptant. La désignation de ce bénéficiaire devient alors irrévocable. L'acceptation n'a d'effet à notre égard que lorsqu'elle nous est notifiée par écrit.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un avenant au contrat.

→ GARANTIE II : INCAPACITÉ PERMANENTE

Il s'agit de la réduction définitive de vos capacités physiques, intellectuelles ou mentales du fait de l'accident.

→ GARANTIE III : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Il s'agit de l'indemnisation quotidienne qui vous est versée pendant votre incapacité temporaire de travail suite à un accident.

→ Adaptation de vos garanties

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

→ Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

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

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

LES GARANTIES DU CONTRAT

Les événements non couverts

Exclusions

NOUS NE GARANTISSONS PAS LES ARRÊTS DE TRAVAIL, L'INVALIDITÉ ET LE DÉCÈS CONSÉQUENCES DES ACCIDENTS :

RÉSULTANT :

- d'un suicide ou de la tentative de suicide conscient ou inconscient de l'assuré,
- de l'usage, par l'assuré, de drogues, stupéfiants ou médicaments,
- de douleurs neuropathiques, du syndrome polyalgique idiopathique diffus, du syndrome de fatigue chronique, des fibromyalgies et du Syndrome d'Intolérance aux Champs Electromagnétiques (SICEM),
- de toutes maladies, syndromes ou pathologies non objectivables à l'examen clinique et pathologies pour lesquelles aucune étiologie organique n'est retrouvée,
- d'une dépression nerveuse et de toute autre affection psychopathologique, d'affections antérieures à la date de prise d'effet du contrat du souscripteur, d'éthylisme chronique de l'assuré ;

CAUSÉS PAR :

- la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré,
- une guerre civile ou étrangère,
- une explosion atomique ou les effets directs ou indirects de la radioactivité,
- toute maladie quelle qu'en soit la cause, y compris celle résultant du traitement médical consécutif à un accident ;

SURVENANT LORSQUE L'ASSURÉ :

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

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

SURVENANT :

- pendant une période de suspension de la garantie.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

Formation, entrée en vigueur et durée de votre contrat

VOTRE CONTRAT

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

Cet accord porte sur les INFORMATIONS déclarées, les GARANTIES que vous avez choisies et la COTISATION correspondante.

Votre contrat se compose :

- du bulletin d'adhésion,
- de la Notice d'information valant règlement. Il s'agit du présent document,
- des Conditions Particulières.

VOTRE DÉCLARATION

Pour nous permettre de vous proposer les garanties adaptées à votre situation et de calculer la cotisation correspondante vous devez :

À LA SOUSCRIPTION

Répondre avec exactitude aux questions posées dans les documents de souscription.

Vous devez signer les Conditions Particulières, ainsi que tout autre document demandé par l'assureur.

L'assureur peut :

- accepter votre demande au taux normal de cotisation,
- refuser votre demande.

EN COURS DE CONTRAT

Nous déclarer, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, toutes les modifications du risque concernant le souscripteur et/ou le(s) assuré(s) :

- changement de régime,
- changement de domicile,
- décès,
- d'un changement d'activité professionnelle.

Si ces changements modifient le montant de votre cotisation, une réévaluation de cette dernière sera effectuée.

L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT ET DES GARANTIES

Votre contrat est valable à compter de la date d'effet indiquée sur les Conditions Particulières, sous la condition de l'encaissement effectif, par nous, du montant de la cotisation due par le souscripteur qui comprend également celle des bénéficiaires désignés au contrat.

Cette date se situera au plus tôt le lendemain de la date de la signature de votre contrat.

En cas de modification de votre contrat, les nouvelles Conditions Particulières qui se substitueront aux anciennes Conditions Particulières, indiquant la date d'effet et la nature de la modification, vous seront remises.

LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Sauf mention contraire indiquée sur les Conditions Particulières, votre contrat est souscrit jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et il est reconduit automatiquement d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties dans les conditions prévues dans le graphique "Dénonciation de la tacite reconduction".

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

Déclaration du risque

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

- lors de la souscription, et en cas de demande d'augmentation de garanties, répondre avec précision aux questions posées à la demande de souscription (notamment âge, activité professionnelle...).
- en cours de contrat, nous informer, par lettre recommandée, des modifications suivantes :
 - d'une cessation d'activité professionnelle, définitive ou d'une durée supérieure à 6 mois ne résultant pas d'un événement garanti par le présent contrat. Dans ce cas, la garantie Indemnités journalières est sans objet puisqu'il n'y a plus l'exercice de l'activité professionnelle.
 - d'un changement d'activité professionnelle de l'assuré.

Si cette modification aggrave le risque, nous pouvons soit :

- résilier votre contrat avec un préavis de 10 jours si votre nouvelle activité professionnelle fait partie de celles que nous ne garantissons pas,
- vous proposer un nouveau taux de cotisation. Si vous ne donnez pas suite ou si vous refusez, dans un délai de 30 jours à compter de la proposition, nous pouvons résilier votre contrat au terme de ce délai.

Déclaration des autres assurances

Si vous êtes assuré auprès d'un ou plusieurs assureurs pour les risques Accidents que nous garantissons, vous devez nous faire connaître leur identité préalablement à la souscription.

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

- En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, vos garanties sont réputées n'avoir jamais existé. Deux conséquences en découlent :
 - les cotisations payées nous sont acquises et nous avons droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes les cotisations échues,
 - vous ou les bénéficiaires devez nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat.
- En l'absence de mauvaise foi, nous pouvons :
 - si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant sinistre :
 - nous pouvons maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le souscripteur. A défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin 10 jours après notification adressée au souscripteur par lettre recommandée. Nous restituons à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

LA VIE DE VOTRE CONTRAT

■ Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après sinistre :

- l'indemnité est réduite en proportion du taux de la cotisation payé par rapport au taux de la cotisation qui aurait été dû si vous aviez complètement et exactement déclaré le risque.

🔍 Diminution du risque

En cas de diminution du risque, vous pouvez demander une réduction des cotisations à échoir. Si vous ne l'obtenez pas, vous pouvez dénoncer le contrat et nous vous remboursons alors la portion de cotisation pour la période où le risque n'a pas couru. La résiliation prendra effet 30 jours après la dénonciation.

🔍 Prescription

Article L221-11 du Code de la mutualité

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du l de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L221-12 du Code de la mutualité

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L221-12-1 du Code de la mutualité

Créé par LOI n°2008-561 du 17 juin 2008 - art. 6

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

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

Article 2240

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

Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242

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

Article 2243

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246

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

→ LA VIE DE VOTRE CONTRAT

→ Cessation de votre contrat

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

→ DÉNONCIATION DE LA TACITE RECONDUCTION

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

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

Pour dénoncer la tacite reconduction, vous devez nous adresser soit une déclaration faite contre récépissé, soit un acte extrajudiciaire ou une lettre recommandée, votre courrier devant être posté, le cachet de la poste faisant foi, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

→ LA RÉSILIATION

DANS QUEL CAS VOTRE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?

PAR NOUS :

- en cas de non paiement de votre cotisation.

PAR VOUS :

- en cas de diminution du risque si nous refusons de réduire votre cotisation en conséquence,
- en cas de majoration du taux de votre cotisation, dans la mesure où cette majoration est décidée par le Conseil d'Administration,

La résiliation est possible en cas de survenance d'un des événements suivants, sur présentation de tout document attestant du changement, lorsque le changement modifie le risque assuré antérieurement (notamment modification de la tarification) :

- changement de domicile
- changement de situation matrimoniale
- changement de régime matrimonial
- changement de profession : la résiliation ne peut alors intervenir que dans les 3 mois suivant la date de l'événement.
- retraite professionnelle : voir paragraphe la résiliation "DE PLEIN DROIT"
- cessation définitive de l'activité professionnelle : cette demande doit nous parvenir au plus tard 3 mois suivant la date d'arrêt de votre activité.

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

Nous vous remboursons la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à Force et Santé dans le cas de résiliation susmentionnée.

PAR NOUS :

en cas :

- d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat si vous refusez la révision de votre cotisation,
- lorsque vous installez votre domicile hors de la France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre Mer (DROM),
- d'aggravation du risque du fait de votre changement d'activité professionnelle,
- de jugement de redressement ou de liquidation judiciaire,
- de cessation définitive de l'activité professionnelle, à la date d'arrêt de votre activité : la garantie Indemnités Journalières de l'Assurance Accident étant alors sans objet,
- de fausse déclaration intentionnelle.

PAR L'ADMINISTRATEUR ou **LE DÉBITEUR AUTORISÉ** par le juge commissaire ou **LE LIQUIDATEUR** si vous faites l'objet d'un jugement de redressement ou de liquidation judiciaire.

DE PLEIN DROIT :

- à la date du décès de l'assuré,
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'assuré dans le cadre de son régime obligatoire d'assurance vieillesse sans que cette date puisse excéder ses 70 ans pour la garantie Indemnités Journalières,
- au 31 décembre de l'année où l'assuré aura atteint ses 70 ans par différence de millésime.

COMMENT EST RÉSILIÉ VOTRE CONTRAT ?

■ Vous en prenez l'initiative

Vous avez le choix entre une déclaration faite contre récépissé, un acte extrajudiciaire ou une lettre recommandée qui doit nous être adressée en respectant le délai prévu pour notifier votre décision.

■ Nous en prenons l'initiative

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

SORT DE VOTRE COTISATION

Si votre contrat est résilié au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la portion de cotisation perçue d'avance concernant la période postérieure à la résiliation, sauf lorsque la résiliation résulte d'une fausse déclaration intentionnelle de votre part ou du non-paiement de l'intégralité de la cotisation due (cette portion nous est due à titre d'indemnité).

MODALITÉS DE VERSEMENTS

La Garantie I : Décès

CALCUL DE L'INDEMNITÉ

Nous versons, aux bénéficiaires désignés à la souscription, le capital prévu au contrat.

Toutefois, si dans les douze mois qui suivent un accident garanti, l'assuré décède des suites de cet accident après avoir perçu une indemnité pour incapacité permanente, le ou les bénéficiaires recevront le capital décès garanti, diminué du montant de cette indemnité.

DÉLAI DE RÈGLEMENT

15 jours à compter de la date de remise des pièces justificatives.

Le service de l'indemnité journalière cesse :

- le jour où vous pouvez reprendre la totalité de votre travail,
- ou :
- lorsque votre état est consolidé,
- ou :
- à l'expiration de la durée maximum d'indemnisation de 365 jours à dater de l'accident.

DÉLAI DE RÈGLEMENT

30 jours à compter du moment où nous avons eu connaissance de l'arrêt d'activité, sous réserve de l'accord de notre Médecin Conseil.

La Garantie II : Incapacité Permanente

CALCUL DE L'INDEMNITÉ

Nous vous versons une indemnité calculée en fonction du capital garanti indiqué au contrat et proportionnelle au taux d'incapacité fixé d'après le barème indicatif du concours médical.

Exemple : Incapacité permanente 20 %.

Indemnité : 20 % du capital garanti.

FRANCHISE

L'invalidité d'un taux inférieur ou égal à 10 % n'est pas indemnisée.

DÉLAI DE RÈGLEMENT

A compter de la date de consolidation.

Pour les contrats souscrits dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 Février 1994 («Loi Madelin»), les indemnités liées à l'incapacité partielle ou au décès sont versées à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s) sous forme de rentes trimestrielles imposables, sur une durée maximum de 5 ans. Toutefois, si le montant des arrérages mensuels est inférieur au minimum légal (40 €), les prestations sont versées sous forme de capital.

En cas de décès

Les bénéficiaires doivent fournir les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical précisant si possible la nature et la date de l'accident qui a provoqué le décès,
- un acte de notoriété établissant la dévolution successorale,
- la copie complète du livret de famille,
- la copie du procès-verbal de Police ou de gendarmerie s'il y a lieu,
- la copie d'une pièce d'identité du bénéficiaire.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail

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

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

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

La Garantie III : Indemnités Journalières

CALCUL DE L'INDEMNITÉ

Le montant de l'indemnité journalière est précisé au contrat.

A l'expiration de la franchise de 3 jours, nous vous versons :

- le montant total de l'indemnité journalière tant que vous ne pouvez vous livrer à aucun travail,
- l'indemnité journalière réduite de moitié dès que votre état de santé vous permet de reprendre au moins 50 % de votre activité professionnelle.

➔ MODALITÉS DE VERSEMENTS

Les certificats médicaux descriptifs sont à adresser sous pli confidentiel à FORCE ET SANTE à l'attention du Médecin Conseil.

En outre, avant le règlement des prestations à l'assuré, FORCE ET SANTE se réserve le droit de demander les justificatifs de ses revenus.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES I, II ET III

Nous nous réservons le droit de faire contrôler votre état par notre Service Médical.

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

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

Conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité, tout assuré et/ou bénéficiaire qui, de mauvaise foi, fait de fausses déclarations sur l'existence, la nature, les causes, circonstances ou conséquences d'un accident, ou emploie comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, est entièrement déchu de tous ses droits à garantie ; l'assuré et/ou bénéficiaire devra donc nous rembourser toute somme versée à l'occasion de l'accident en cause, indépendamment des autres sanctions que nous sommes fondés à prendre à son encontre.

➔ Clause d'arbitrage

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

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

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

En cas de désaccord d'ordre médical appuyé par un certificat médical détaillé, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord sur la liste des médecins experts membres de la FFAMCE (Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts). Chaque partie se fera assister à ses frais par son propre expert.

En l'absence d'accord sur un nom de médecin, le litige sera confié au président du Tribunal de Grande Instance de NIORT qui désignera un expert figurant sur l'annuaire des médecins adhérents à la FFAMCE.

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

➔ VOTRE COTISATION

Montant et paiement de votre cotisation

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

Le montant de votre cotisation, établi en fonction des déclarations de l'assuré, de son activité professionnelle, de la nature et du montant des garanties souscrites, est indiqué sur vos Conditions particulières puis chaque année sur l'avis d'échéance.

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

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

La cotisation TTC peut être réglée en plusieurs fois :

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

Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire (hors livret d'épargne).

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

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

■ Quand doit-elle être payée ?

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

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

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

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

Préalablement à la procédure prévue par le Code de la mutualité définie ci-dessous, vous recevrez une lettre simple vous rappelant les conséquences de ce non paiement. L'envoi de cette lettre simple ne se fera plus lorsque les retards de paiement sont répétitifs.

En application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, vous ferez l'objet d'une mise en demeure par lettre recommandée. Des frais de mise en demeure (11 €), et éventuellement des frais d'impayés (7 €) en cas de paiement fractionné, vous seront facturés et toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviendront immédiatement exigibles.

Votre contrat sera suspendu trente jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure, sauf si vous réglez la totalité des sommes dues pendant ce délai.

En l'absence de règlement intégral, votre contrat pourra être résilié dix jours après la date de suspension.

En cas d'une telle résiliation, vous resterez tenu au paiement :

- de la cotisation relative à la totalité de la période écoulée jusqu'au jour de la résiliation,
- d'une pénalité comprenant, d'une part, le montant de la cotisation relative à la période comprise entre le jour de la résiliation et celui de l'échéance et, d'autre part, le montant des frais de mise en demeure (11 €), et éventuellement des frais d'impayés (7 €) en cas de paiement fractionné, le montant total de cette pénalité ne pouvant toutefois être supérieur à six mois de cotisation.

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

➔ VOTRE COTISATION

	Les frais de fractionnement inclus dans la cotisation TTC ⁽¹⁾	Les frais d'échéance ou frais de gestion annuels, facturés une seule fois, quel que soit le nombre de contrats présents sur votre avis d'échéance ⁽²⁾
Paiement annuel de vos cotisations	pas de frais remise de 1 % (incluse dans la cotisation) en cas de paiement par prélèvement automatique	pas de frais
Paiement semestriel de vos cotisations	2,50 %	3 €
Paiement trimestriel de vos cotisations	4 %	6 €
Paiement mensuel de vos cotisations (10 ou 12 fois) en prélèvement automatique obligatoire	5 %	15 € en paiement 10 fois 18 € en paiement 12 fois

(1) Par exemple en cas de paiement mensuel en 12 fois, si le tarif annuel TTC de votre contrat est de 250 €, le montant des frais inclus dans votre cotisation est : $(250 - 250/1,05) = 11,90$ €

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

➔ Évolution de votre cotisation

➔ MODIFICATION DU TAUX DE LA COTISATION

La modification de votre cotisation peut avoir pour motif :

EN COURS D'ANNÉE

Du fait de l'assuré :

- un changement de votre activité professionnelle,
- une modification de la garantie.

À L'ÉCHÉANCE :

- la revalorisation des garanties (voir ci-dessous),
- un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût moyen des sinistres),
- une évolution législative ou réglementaire.

Quels sont alors vos droits ?

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

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Assistance aux personnes

MAAF ASSISTANCE EST À VOTRE ÉCOUTE 24H/24.

0 800 16 17 18 Service & appel gratuits

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

DE L'ÉTRANGER +33 5 49 16 17 18

Sourds et malentendants

SMS : 06 78 74 53 72

L'assistance aux personnes vous permet de bénéficier :

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

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

Les bénéficiaires en déplacement confrontés à de sérieux ennuis non prévus dans les garanties décrites ci-dessous, peuvent néanmoins appeler MAAF Assistance qui s'efforcera de tout mettre en œuvre pour leur venir en aide.

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

LES BÉNÉFICIAIRES

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

Les bénéficiaires doivent obligatoirement être domiciliés en France*.

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

LES DÉPLACEMENTS SONT GARANTIS :

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

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

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

● Définitions

L'accident corporel est l'événement soudain, d'origine extérieure au corps humain, involontaire, imprévisible, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

La maladie est une altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante,

n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente et qui empêche la continuation normale du voyage ou du séjour.

Exclusions

Ni les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé, ni les retours pour greffe d'organe, ne peuvent être considérés comme des événements donnant droit à une assistance au titre de la maladie si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.

● Prestations

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

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

Attente sur place d'un accompagnant : lorsque le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, MAAF Assistance organise et participe à l'hébergement (hôtel et petit déjeuner) d'une personne restée au chevet du bénéficiaire à concurrence de 50 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

Présence d'un proche : si le patient doit rester hospitalisé plus de 7 jours et qu'aucune personne n'est à son chevet, MAAF Assistance prend en charge les frais de transport aller et retour au départ de la France* d'un proche et les frais d'hébergement (hôtel et petit déjeuner) de ce dernier à concurrence de 50 € par jour dans la limite de 7 jours. **Cette prestation ne se cumule pas avec celle de l'attente sur place d'un accompagnant.**

Lorsque le blessé ou le malade est âgé de moins de 15 ans et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

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

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

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

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

* France métropolitaine ou DROM

VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

Exclusions

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

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

L'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

● Prestations Décès d'un bénéficiaire

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

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

Exclusions

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

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

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

* France métropolitaine ou DROM

** Cf. lexique

FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

● Prestation

Sauf mise en œuvre de la garantie frais de recherche et de secours du contrat, en cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées et hors compétition sportive, MAAF Assistance prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, sans franchise kilométrique.

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

- **du retour au domicile en France* des autres bénéficiaires** si l'événement garanti les empêche de rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus,
- **du retour au domicile en France* des enfants de moins de 15 ans** avec accompagnement si nécessaire, si personne n'est en mesure de s'occuper d'eux,
- **du retour au domicile en France* des animaux de compagnie** lorsque personne n'est en mesure de s'occuper d'eux. Si les animaux sont blessés, ils sont confiés au service vétérinaire le plus proche avant d'être ramenés au domicile de leur propriétaire ou d'un proche par les moyens les plus appropriés.

CONDITIONS D'INTERVENTION

- Les dépenses engagées sans l'accord préalable de MAAF Assistance, resteront, à votre charge, de même que les dépenses que vous auriez dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention.
- Les délais d'intervention et les prestations de MAAF Assistance sont fonction de la gravité de la situation locale et/ou des possibilités offertes par les infrastructures locales.
- MAAF Assistance n'intervient pas dans les cas suivants :
 - MAAF Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.
 - MAAF Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés.
 - MAAF Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur dans les pays traversés par lui.
 - MAAF Assistance ne peut se substituer aux services publics, sapeurs-pompiers notamment, auxquels il doit être fait appel en cas d'incendie, explosions, etc...

➔ VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

- les convalescences et les affections (maladie, accident*) en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les conséquences des états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ainsi que de l'absorption d'alcool,
- les conséquences du suicide, de la tentative de suicide et de ses complications,
- les frais de secours d'urgence, l'organisation des recherches et sauvetages et les frais s'y rapportant, les frais de transports primaires, à l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski en cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées et hors compétition sportive,
- les événements survenus lors de la pratique des sports suivants : sports aériens, spéléologie, saut à l'élastique, pêche et plongée sous marines, sports de combat, sports comportant l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur, sports équestres, alpinisme et escalades, sports en eaux vives, sport de glisse (à l'exception des accidents liés à la pratique du ski alpin ou de fond, sur pistes balisées et réglementées), sports comportant l'utilisation d'armes à feu, raids, trekkings, ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires,
- les situations à risques infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine,
- les conséquences qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, instabilité politique notoire, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et événements imprévisibles d'origine naturelle.

➔ L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

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

● Accueil et consultation psychologique

MAAF Assistance met à votre disposition un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone pour une consultation d'une durée moyenne de 45 minutes.

MAAF Assistance prend en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.

● Suivi psychologique

A la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, vous pouvez bénéficier de **3 nouvelles consultations maximum** effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue, soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé, proche de votre domicile ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.

MAAF Assistance prend en charge le coût des consultations dans les deux premiers cas.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, MAAF Assistance vous rembourse sur justificatifs **3 consultations maximum** dans la limite de 52 € par consultation.

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

Dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, les consultations sont effectuées uniquement par téléphone ou, sur demande, auprès d'un psychologue de votre choix.

La prestation "suivi psychologique" est limitée à 2 événements traumatisants par bénéficiaire et par année d'assurance.

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

Exclusions

La garantie n'intervient pas :

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

* Cf. lexique

☞ VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

Les renseignements juridiques (par téléphone)

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

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

Elle n'inclut pas la prise en charge des frais de procédure.

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

☞ QUI EST COUVERT ?

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

☞ QUELLES SONT LES MODALITÉS D'INTERVENTION ?

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

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

☞ QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?

Les domaines garantis sont les suivants :

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

Sont exclus les litiges non régis par le droit français.

* Cf. lexique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le droit applicable (article L225-2 du Code de la Mutualité)

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

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité, l'autorité chargée du contrôle de votre mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09.

Gestion des réclamations

Pour tout mécontentement envers nous, votre interlocuteur habituel (conseiller, gestionnaire...) mettra en œuvre tous les moyens à sa disposition pour vous satisfaire.

Si le mécontentement persiste, il vous proposera de vous adresser à son responsable qui analysera avec vous l'origine du problème et s'assurera de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si la réponse ne vous satisfait toujours pas, vous pourrez vous adresser au service réclamations et qualité client MAAF que vous pouvez joindre :

Par courrier

MAAF Assurances
Service Réclamations et Qualité Client MAAF
79036 – NIORT CEDEX 09

Par courriel :

service.RECLAMATIONSETQUALITECLIENT@maaf.fr

Par téléphone :

05.49.17.53.00 de 13h00 à 18h00 du lundi au vendredi

Dans tous les cas, vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de la réception de votre réclamation sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai. Le cas échéant, vous recevrez une réponse du service réclamations et qualité client MAAF au plus tard 2 mois après la réception de votre réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le service réclamations et qualité client MAAF, vous pourrez solliciter le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par courrier

La Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Par voie électronique

<http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel vous concernant sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance.

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements à des fins de gestion commerciale des clients et des prospects, sauf opposition de votre part,
- de traitements de contrôle interne,
- de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- de traitements de lutte contre la fraude à l'assurance qui peuvent entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à Force et Santé, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, et partenaires qui lui sont contractuellement ou statutairement liés et à des organismes professionnels.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant par courrier à :

Force et Santé
Coordination Informatique et Libertés
Chauray - 79036 NIORT Cedex 9

Nous vous informons que vous êtes susceptible de recevoir un appel de l'un de nos conseillers et que les entretiens téléphoniques peuvent faire l'objet d'une double écoute et d'un enregistrement à des fins d'amélioration du service proposé et de formation de nos équipes. Vous pouvez vous opposer à ce traitement en le signalant en début d'entretien.

En application des dispositions du Code de la consommation, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, nous ne pourrions pas vous démarcher par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

En tant que personne physique, si vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, et avez dans ce cadre souscrit le présent contrat d'assurance, vous avez la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de sept jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Vous devez notifier votre volonté de renoncer par courrier avec demande d'avis de réception à l'adresse du siège social de FORCE ET SANTE Chauray 79036 NIORT Cedex 09.

Cette demande intégrera la phrase suivante : "Je soussigné (nom, prénom) exerce mon droit de renonciation pour mon contrat Assurance Accident souscrit le/...../....., auprès de FORCE ET SANTE".

🕒 Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance

Vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat si ce dernier a été conclu exclusivement à distance. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, soit à compter du jour où vous avez reçu la présente notice d'information si cette date est postérieure à celle de la conclusion du contrat.

Le droit à renonciation ne s'applique toutefois pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit à renonciation. En cas de renonciation, FORCE ET SANTE conservera la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte.

Votre contrat sera résilié à la date de la réception de votre lettre.

Vous devez notifier votre demande par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : FORCE ET SANTE Chauray 79036 NIORT cedex 09. Cette demande intégrera la phrase suivante : "Je soussigné (nom, prénom) exerce mon droit de renonciation prévu par l'article 223-8 du Code de la Mutualité pour mon contrat Assurance Accident numéro, souscrit le/...../.....".

Le Contrat Assurance « Accident » est régi par le Code de la Mutualité.

Assuré par : FORCE ET SANTE

Union Mutualiste soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 443 443 825 - Code APE 6512 Z
Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - maaf.fr

ASSURANCE DÉCÈS

Notice d'information

La présente notice d'information « Assurance décès » décrit les droits et obligations des adhérents dans le cadre des quatre contrats d'assurance de groupe sur la vie :

- N° 02110 et 02120 à adhésion facultative souscrits par MAAF Assurances au profit de ses sociétaires auprès de MAAF Vie,**
- N° 02111 et 02121 à adhésion facultative souscrits par AMATI au profit de ses membres dans le cadre de la loi Madelin du 24/02/94 auprès de MAAF Vie.**

➔ OÙ TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ

LEXIQUE	p. 49
OBJET DES CONTRATS	p. 50
LES GARANTIES DU CONTRAT	p. 51
Les événements couverts	p. 51
Les prestations assurées	p. 51
Étendue territoriale des garanties	p. 51
Les événements non couverts	p. 52
LA VIE DU CONTRAT	p. 53
Formation de votre adhésion	p. 53
Déclaration des autres assurances	p. 53
Modification de votre adhésion	p. 53
Prescription	p. 53
Durée de votre adhésion – Résiliation de votre adhésion et des garanties	p. 54
MODALITÉS DE VERSEMENT	p. 55
Garantie I et option de la garantie I : Capital versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ou capital versé en cas de décès de l'assuré	p. 55
Garantie II : Rente éducation versée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou de décès de l'assuré	p. 55
Garantie III : les garanties I et II sont choisies	p. 55
La clause bénéficiaire	p. 56
VOTRE COTISATION	p. 57
Montant et paiement de votre cotisation	p. 57
Évolution de la cotisation	p. 57
REVALORISATION	p. 58
Revalorisation des garanties	p. 58
INFORMATIONS GÉNÉRALES	p. 59
Participation aux bénéfices	p. 59
Le droit applicable	p. 59
Délai de renonciation	p. 59
Gestion des réclamations	p. 59
Protection des données personnelles	p. 59

LEXIQUE

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'assuré.

Ne sont pas considérés comme accident : le suicide, toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral...), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.

ADHÉRENT

Personne qui adhère à l'un des contrats d'assurance de groupe sur la vie N° 02110 ou 02120 / n°02111 ou 02121 à adhésion facultative et qui paye les cotisations.

AMATI

Association Multiprofessionnelle pour les Assurances des Travailleurs Indépendants.

Adresse postale : Chaban de Chauray - 79036 NIORT.

ASSURÉ (OU VOUS)

Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque, âgée de 18 ans à 65 ans à la souscription, n'exerçant pas l'une des professions suivantes : cascadeurs, jockeys.

ASSUREUR (OU NOUS)

L'assureur des quatre contrats d'assurance de groupe sur la vie sus visés est MAAF Vie - Chauray 79036 Niort Cedex 9 – Société d'assurance sur la vie régie par le Code des Assurances.

BÉNÉFICIAIRE

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

CONCUBINAGE

Situation de deux personnes majeures en mesure d'établir qu'elles ont créé durablement entre elles une communauté maritale de vie, d'intérêts, de biens.

CONJOINT

Est assimilé au conjoint, non seulement le partenaire pacsé mais aussi le concubin.

CONTRAT

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

DÉCHÉANCE

Perte du droit à l'indemnité pour un accident ou maladie, du fait du non respect par l'adhérent/assuré de certaines obligations contractuelles prévues au contrat en cas de sinistre.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'assuré est considéré en perte totale et irréversible d'autonomie lorsque suite à une maladie ou un accident, et après consolidation de son état, il est reconnu inapte à se livrer à la moindre occupation ou travail pouvant lui procurer gain ou profit. Et il doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes de la vie courante : se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer.

La consolidation, c'est le moment où l'état de santé de l'assuré n'est plus susceptible d'une évolution notable sous l'effet d'un traitement quelconque et où les séquelles prennent un caractère permanent.

MALADIE

Toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée médicalement.

RIXE

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

SOUSCRIPTEUR

Personne morale qui signe le contrat d'assurance de groupe (MAAF Assurances auprès de MAAF Vie pour les contrats d'assurance de groupe sur la vie N° 02110 ou 02120 à adhésion facultative / AMATI pour les contrats d'assurance de groupe n° 02111 ou 02121 à adhésion facultative).

VOUS

L'assuré pour tout ce qui concerne les garanties, l'adhérent pour les obligations relatives à la vie du contrat.

➔ OBJET DES CONTRATS

L'adhésion au contrat « Assurance Décès » est ouverte à toute personne âgée de 18 à 65 ans et résidant en France Métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

L'assurance Décès est composée des garanties et options suivantes :

- Garantie I : Capital versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ou un capital versé aux bénéficiaires en cas de décès de l'assuré.
- Option de la garantie I : Doublement du capital en cas de décès accidentel.
- Garantie II : Rente éducation, versée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou de décès de l'assuré.
- Garantie III : les garanties I et II sont souscrites.

Les contrats « Assurance Décès » ont pour objet de garantir des prestations en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré dans le cadre des contrats de groupe d'assurance sur la vie à adhésion facultative souscrits auprès de MAAF Vie respectivement par :

- MAAF Assurances au profit de ses sociétaires (contrat de groupe d'assurance sur la vie n° 02110 ou 02120). Ces contrats sont ouverts à tout sociétaire de MAAF Assurances.
- l'AMATI, au profit de ses membres dans le cadre de la loi Madelin du 11 février 1994 (contrats de groupe d'assurance sur la vie n° 02111 ou 02121). Ces contrats sont réservés aux adhérents ayant le statut professionnel de Travailleur Non Salarié Non Agricole.

L'adhésion aux contrats n° 02111 ou 02121 rend l'adhérent membre de droit de l'AMATI - Association Multiprofessionnelle pour les Assurances des Travailleurs Indépendants - dont le siège social est sis Chaban 79180 Chauray, association déclarée, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 ainsi que par l'article L. 141-7 du Code des assurances.

Les statuts de l'AMATI sont communiqués sur simple demande de l'adhérent formulée à son siège social ou auprès de MAAF Vie.

Les droits et obligations des adhérents peuvent être modifiés par des avenants aux contrats d'assurance de groupe sous réserve que les modifications apportées soient communiquées par écrit aux adhérents trois mois au moins avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

En application de l'article R 141-6 du Code des assurances, l'assemblée générale de l'AMATI a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe n° 02111 ou 02121.

Les contrats « d'Assurance Décès » sont des contrats d'assurance sur la vie (branche 20 : vie/décès) régis par les articles L141-1 et suivants du Code des Assurances et par la loi française.

→ LES GARANTIES DU CONTRAT

→ Les événements couverts

Nous garantissons le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré survenant après la date de prise d'effet de l'adhésion, quelle qu'en soit la cause, accident ou maladie.

→ Les prestations assurées

Nous garantissons, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, le versement des prestations suivantes, selon les garanties retenues lors de l'adhésion :

- **Garantie I :** Le versement du capital dont le montant figure au certificat d'adhésion.
 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, le montant du capital précisé sur le certificat d'adhésion est versé à l'assuré.
 - En cas de décès de l'assuré, le montant du capital précisé sur le certificat d'adhésion est attribué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès.

Le(s) bénéficiaire(s) ou l'assuré peuvent demander à ce que la valeur du capital qui leur revient, soit convertie en rentes temporaires trimestrielles. Toutefois, si le montant des arrérages mensuels est inférieur au minimum légal (40 €), la valeur du capital revenant à chaque bénéficiaire ou à l'assuré est versée sous forme de capital.

- **Option de la garantie I :** doublement du capital en cas de décès accidentel.

Si l'option est souscrite, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré suite à accident tel que défini dans le lexique, le bénéficiaire du capital décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie bénéficiera du doublement du capital versé au titre de la garantie I.

- **Garantie II :** Le versement d'une rente éducation au profit du (des) enfant(s) bénéficiaire(s) jusqu'au 31 décembre précédant leur 26^{ème} anniversaire.
- **Garantie III :** Le versement des prestations prévues aux garanties I et II ci-dessus.

Les prestations dues en cas de décès ne peuvent pas se cumuler avec les prestations dues en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Lorsque l'adhésion est conclue dans le cadre du contrat de groupe d'assurance « 02111 ou 02121 » (loi Madelin), le capital assuré est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à l'assuré sous forme de rentes imposables. Il s'agit d'une rente trimestrielle versée sur une durée maximale de 5 ans.

→ Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

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

➔ LES GARANTIES DU CONTRAT

➔ Les événements non couverts

Exclusions

Sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie lorsqu'ils résultent des circonstances suivantes :

- Le suicide conscient ou inconscient au cours de la première année qui suit :
 - la date d'effet de la garantie à l'adhésion,
 - la date d'effet du dernier avenant d'augmentation pour l'excédent de capital souscrit.
- L'usage de drogues, de stupéfiants ou de médicaments.
- La pratique d'un sport aérien (tels que : compétitions, raids, vols acrobatiques, vols d'essai et vols sur prototypes, vols sur ultra-légers motorisés (U.L.M.) et ailes volantes (deltaplane et parapente), tentatives de records et sauts effectués avec des parachutes non homologués, saut à l'élastique, kite-surf...).
- Les conséquences de la participation de l'assuré, à bord d'un véhicule ou engin à moteur en tant que concurrent à des compétitions, matchs, paris, défis, courses et épreuves de vitesse, d'endurance ou à leurs essais préparatoires.
- La pratique de la course en solitaire en mer, ainsi que les compétitions de motonautisme et leurs essais préparatoires.
- La pratique de la plongée sous-marine avec bouteilles et de la spéléologie.
- Les risques de guerre civile et de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante (la législation devant définir les conditions d'effet du contrat).
- La participation active à des émeutes ou mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, rixes, grèves, paris, agressions (sauf en cas de légitime défense).
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes.
- Les conséquences de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré.
- La conduite d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur.
- Le risque accidentel survenant lorsque l'assuré se trouve en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise d'un état alcoolique constaté par un taux d'alcoolémie pour lequel un conducteur pourrait faire l'objet d'une sanction pénale.
- La pratique d'un sport à titre professionnel (entraînement compris).
- La pratique d'un sport dangereux (*).
- La pratique d'un sport lors de compétitions ou matchs organisés par une association affiliée à une fédération.
- Résultant de l'exercice de l'activité professionnelle pour les assurés ayant comme professions : pompiers, membres de l'armée, de la police et de la gendarmerie.

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

→ LA VIE DU CONTRAT

→ Formation de votre adhésion

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

Il produit ses effets à partir de la date mentionnée au Certificat d'Adhésion.

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

La durée de validité du Questionnaire Médical Confidentiel est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Si l'assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, vous devez remplir un nouveau Questionnaire Médical Confidentiel.

L'assureur peut :

- accepter votre demande :
 - au taux normal de cotisation,
 - sans restriction, ou en proposant des aménagements de tarification,

- refuser votre demande.

L'acceptation de l'assureur sera matérialisée par la remise du Certificat d'Adhésion qui récapitule l'ensemble de vos garanties et l'encaissement de votre prime ou fraction de prime.

La présente notice d'information valant règlement vous précise le fonctionnement de votre contrat et le contenu de vos garanties.

L'adhésion est valable dès qu'elle a fait l'objet d'un accord entre vous et nous, sauf effet des dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances (fausse déclaration intentionnelle).

Conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances, l'adhésion est nulle 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 (...).

→ Déclaration des autres assurances

Si vous êtes assuré auprès d'un ou plusieurs assureurs pour les risques que nous garantissons, vous devez nous faire connaître leur identité préalablement à l'adhésion.

→ Modification de votre adhésion

Vous pouvez souscrire ou retirer une garantie et/ou une option, et/ou diminuer ou augmenter le montant des prestations assurées. Toute demande de souscription de garantie et/ou option, et/ou d'augmentation du montant des prestations assurées est soumise à l'accord préalable de MAAF Vie après que l'assuré ait répondu au questionnaire médical confidentiel et se soit soumis aux formalités médicales demandées.

→ Prescription

Article L114-1 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 :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 du Code des assurances

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

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

Article 2240

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

Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242

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

Article 2243

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

LA VIE DU CONTRAT

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.

☑ Durée de votre adhésion - Résiliation de votre adhésion et de vos garanties

Votre adhésion, conclue jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion, est reconduite chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction.

Vous avez la possibilité de mettre un terme à votre adhésion en nous prévenant par lettre recommandée avec un préavis de deux mois avant le 31 décembre de chaque année.

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

L'adhésion peut également être résiliée :

■ Par nous, en cas :

- de non-paiement de votre cotisation,
- d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat si vous refusez la révision de votre cotisation.

■ De plein droit :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans,
- à la date du décès de l'assuré,
- à la date du règlement du capital à l'assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie,
- en cas de résiliation du contrat de groupe d'assurance sur la vie, avec l'accord conjoint de l'assureur et de l'adhérent,

Pour la garantie II Rente éducation :

- au 31 décembre précédent le 26^{ème} anniversaire du dernier enfant bénéficiaire.

■ COMMENT EST RÉSILIÉ VOTRE CONTRAT ?

■ Vous en prenez l'initiative

Vous avez le choix entre une déclaration faite contre récépissé, un acte extrajudiciaire ou une lettre recommandée qui doit nous être adressée en respectant le délai prévu pour notifier votre décision.

■ Nous en prenons l'initiative

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

■ SORT DE VOTRE COTISATION

Si votre contrat est résilié au cours d'une période d'assurance, nous vous remboursons la portion de cotisation perçue d'avance concernant la période postérieure à la résiliation, sauf lorsque la résiliation résulte d'une fausse déclaration intentionnelle de votre part ou du non-paiement de l'intégralité de la cotisation due (cette portion nous est due à titre d'indemnité).

MODALITÉS DE VERSEMENT

Garantie I et option de la garantie I : capital versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ou capital versé au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré

CAPITAL VERSÉ EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE DE L'ASSURÉ

Nous versons à l'assuré le capital prévu au certificat d'adhésion, ou ce capital doublé si l'option « doublement du capital en cas de décès accidentel » a été souscrite, dans les 15 jours suivant la réception des pièces justificatives suivantes :

- Pièces médicales établissant la preuve de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.
- Pour les assurés sociaux : la notification de la caisse attestant l'invalidité de III^{ème} catégorie.
- La copie du procès-verbal de Police ou de gendarmerie s'il y a lieu.

Nous nous réservons le droit de faire contrôler l'état de perte totale et irréversible d'autonomie par notre service médical.

Néanmoins l'assuré peut demander la conversion du capital en rentes temporaires trimestrielles. Des frais de gestion sont alors prélevés.

Toutefois, si le montant des arrrages mensuels est inférieur au minimum légal (40 €), la valeur du contrat revenant à chaque bénéficiaire est versée sous forme de capital.

CAPITAL VERSÉ AU(X) BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Nous versons, aux bénéficiaires désignés à l'adhésion, le capital prévu au certificat d'adhésion ou ce capital doublé si l'option « doublement du capital en cas de décès accidentel » a été souscrite.

Le règlement du capital est effectué dans les 15 jours suivant la réception des pièces justificatives suivantes :

- la copie d'une pièce d'identité du ou des bénéficiaires,
- un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical précisant la nature de la maladie et sa date de première constatation, ou la nature des lésions et la date de l'accident qui a provoqué le décès,
- un acte de notoriété établissant la dévolution successorale le cas échéant,
- la copie complète du livret de famille,
- la copie du procès-verbal de Police ou de gendarmerie s'il y a lieu.

Le(les) bénéficiaire(s) peut (peuvent) demander à ce que la part du capital qui leur est attribuée leur soit versée sous la forme de rentes temporaires trimestrielles. Des frais de gestion sont alors prélevés.

Toutefois, si le montant des arrrages mensuels est inférieur au minimum légal (40 €), les prestations sont versées sous forme de capital.

Le capital garanti en cas de décès fait l'objet d'une revalorisation à compter de la date du décès de l'assuré jusqu'à la réception par MAAF Vie de la totalité des pièces nécessaires au paiement du capital dû au(x) bénéficiaire(s) ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances. Cette revalorisation, nette de frais, est calculée sur la base d'un taux déterminé pour chaque année civile et ne peut être inférieure à un taux fixé par décret en Conseil d'Etat.

Les prestations dues en cas de décès ne peuvent pas se cumuler avec les prestations dues en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Garantie II : Rente éducation versée en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou de décès de l'assuré

Cette garantie permet à l'assuré de garantir une rente éducation aux enfants âgés de moins de 25 ans lors de l'adhésion qu'il a nommé désignés au certificat d'adhésion.

Le montant de la rente est indiqué au contrat. Il est semblable pour l'ensemble des bénéficiaires.

La rente temporaire est versée trimestriellement à terme échu aux enfants bénéficiaires désignés sur le contrat.

Elle cesse au plus tard au 31 décembre précédant le 26^{ème} anniversaire de l'enfant bénéficiaire ou au trimestre précédant son décès.

Garantie III : les garanties I et II sont choisies

MODALITÉS DE VERSEMENT

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES I, II ET III

Nous nous réservons le droit de faire contrôler votre état par notre Service Médical en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

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

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

Tout assuré et/ou bénéficiaire qui, de mauvaise foi, fait de fausses déclarations sur l'existence, la nature, les causes, circonstances ou conséquences d'un accident, ou emploie comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, est entièrement déchu de tous ses droits à garantie ; l'assuré et/ou bénéficiaire devra donc nous rembourser toute somme versée à l'occasion de l'accident en cause, indépendamment des autres sanctions que nous sommes fondés à prendre à son encontre.

La clause bénéficiaire

LA DÉSIGNATION DE VOS BÉNÉFICIAIRES (garantie I) (*)

Pour les adhésions conclues dans le cadre de la garantie I (capital décès), vous avez le choix entre trois modes de désignation alternatives :

- opter pour la clause type proposée par MAAF Vie : « Mon conjoint (marié et non séparé de corps, à défaut mon partenaire pacsé, à défaut mon concubin), à défaut à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à mes héritiers »,
- désigner nominativement les bénéficiaires de l'adhésion en rédigeant une clause bénéficiaire particulière sur une lettre datée et signée adressée à MAAF VIE précisant :
 - le(s) nom(s) (il convient d'indiquer le nom de naissance et le nom marital), prénom(s), adresse(s) complète(s), date(s) et lieu(x) de naissance du (ou des) bénéficiaire(s) (indiquer la ville et le code postal), terminez la rédaction par la mention "à défaut mes héritiers",
 - et la répartition des capitaux décès,

- opter pour une clause bénéficiaire particulière que vous déposez chez un notaire. Dans ce cas, vous devez adresser à MAAF Vie une lettre datée et signée indiquant uniquement les coordonnées du notaire et de son étude.

La clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

En l'absence de bénéficiaire désigné, les capitaux versés en cas de décès font partie de la succession de l'assuré.

MODIFICATION DE VOTRE CLAUSE BÉNÉFICIAIRE (*)

Vous pouvez à tout moment apporter un changement à la rédaction de votre clause bénéficiaire : modifier ou préciser les coordonnées du (ou des) bénéficiaire(s) nommé(s) désigné(s), changer les bénéficiaires de votre contrat.

Pour ce faire, vous adressez à MAAF Vie une lettre datée et signée qui mentionne très précisément le(s) nom(s) (il convient d'indiquer le nom de naissance et le nom marital), prénom(s), adresse(s) complète(s), date(s) et lieu(x) de naissance (ville et code postal) du (ou des) nouveau(x) bénéficiaire(s) désigné(s) et/ou la nouvelle répartition des capitaux décès. Vous terminez la rédaction par la mention "à défaut mes héritiers".

Si vous avez déposé votre clause bénéficiaire chez un notaire, vous pouvez la modifier de la même manière.

POINT D'ATTENTION IMPORTANT :

Il est important de vérifier périodiquement la rédaction de votre clause bénéficiaire en fonction de l'évolution de votre situation personnelle (naissance, divorce, décès...). Les bénéficiaires désignés dans votre contrat doivent être identifiables par MAAF Vie et la répartition des capitaux décès doit être clairement définie. Il est conseillé d'informer les bénéficiaires ou des personnes de confiance de l'existence du présent contrat et des coordonnées de MAAF Vie.

(*) Pour la garantie Rente éducation (garantie II), les bénéficiaires sont nominativement désignés lors de l'adhésion. Une éventuelle modification pourra entraîner une adaptation de votre cotisation en fonction de l'âge des bénéficiaires et du nombre de bénéficiaires.

ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE

Lorsqu'un bénéficiaire en cas de décès accepte le bénéfice de sa désignation et que MAAF Vie en est informée par écrit, vous ne pourrez plus le révoquer sans son accord.

L'acceptation doit être obligatoirement formalisée par un acte authentique ou sous seing privé, signé par vous en tant qu'adhérent et/ou assuré et par le bénéficiaire acceptant. La désignation de ce bénéficiaire devient alors irrévocable. L'acceptation n'a d'effet à l'égard de MAAF Vie que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un avenant à l'adhésion.

➔ VOTRE COTISATION

➔ Montant et paiement de la cotisation

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

Pour les adhérents aux contrats d'assurance groupe n°02110 et n° 02120 (contrats non Madelin) et n° 2111 et n° 2121 (contrats Madelin), le montant de votre cotisation est déterminé en fonction :

- des garanties et de l'option souscrites,
- du capital et/ou de la rente garantis,
- de l'âge de l'assuré à la date d'effet de l'adhésion puis de la reconduction de l'adhésion,
- de l'âge des enfants bénéficiaires pour la rente éducation,
- d'une éventuelle majoration pour tenir compte de risques particuliers éventuellement constatés lors de l'adhésion.

L'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année en cours et l'année de naissance de l'assuré et/ou des enfants bénéficiaires pour la rente éducation.

Pour les adhérents des contrats d'assurance groupe n° 02120 et n° 2121, le montant de votre cotisation prend également en compte :

- votre profil tabagique.

Ce montant est indiqué sur votre Certificat d'Adhésion puis chaque année sur l'avis d'échéance.

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

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

La cotisation TTC peut être réglée en plusieurs fois :

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

Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire (hors livret d'épargne).

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

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

■ Quand doit-elle être payée ?

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

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

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

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

La cotisation annuelle ou la fraction de cotisation si vous bénéficiez d'un paiement échelonné, est payable à notre Siège Social dans les 10 jours de son échéance.

À défaut de paiement, nous vous adressons une lettre recommandée valant mise en demeure vous informant que le contrat sera résilié 40 jours après l'envoi de cette lettre si la cotisation est restée impayée à cette date.

➔ Évolution de la cotisation

Vous en êtes informés par votre avis d'échéance. Votre cotisation peut évoluer lors de chaque échéance annuelle en fonction :

- de votre âge (les assurés sont classés en 9 tranches d'âge auxquelles s'appliquent 9 taux de cotisation) et de l'âge des bénéficiaires de la rente éducation si cette option a été choisie,
- de la revalorisation des garanties si l'option revalorisation est souscrite (comme indiqué ci-après),
- de l'accroissement de la fréquence et/ou du coût moyen des sinistres.

A tout moment suite à :

- une modification législative ou réglementaire.

■ Votre cotisation est augmentée, que pouvez vous faire ?

Si l'augmentation résulte d'une modification législative ou réglementaire, de l'évolution de l'indice susvisé, d'un changement de tranche d'âge : elle n'ouvre droit ni à contestation ni à résiliation.

Si l'augmentation est décidée par l'assureur, vous pouvez dans les 30 jours où elle a été portée à votre connaissance, résilier votre contrat. Votre garantie est maintenue aux conditions antérieures jusqu'à la résiliation qui prend effet un mois après que vous nous ayez adressé votre demande par lettre recommandée.

➔ VOTRE COTISATION

	Les frais de fractionnement inclus dans la cotisation TTC ⁽¹⁾	Les frais d'échéance ou frais de gestion annuels, facturés une seule fois, quel que soit le nombre de contrats présents sur votre avis d'échéance ⁽²⁾
Païement annuel de vos cotisations	pas de frais remise de 1 % (incluse dans la cotisation) en cas de paiement par prélèvement automatique	pas de frais
Païement semestriel de vos cotisations	2,50 %	3 €
Païement trimestriel de vos cotisations	4 %	6 €
Païement mensuel de vos cotisations (10 ou 12 fois) en prélèvement automatique obligatoire	5 %	15 € en paiement 10 fois 18 € en paiement 12 fois

(1) Par exemple en cas de paiement mensuel en 12 fois, si le tarif annuel TTC de votre contrat est de 250 €, le montant des frais inclus dans votre cotisation est : $(250 - 250/1,05) = 11,90$ €

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

➔ REVALORISATION

➔ Revalorisation des garanties

Si l'option revalorisation a été souscrite, les cotisations et les garanties sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale. Cette évolution est déterminée par différence entre les valeurs des deux années précédentes.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Participation aux bénéfices

MAAF Vie décide de l'affectation de la participation aux bénéfices techniques et financiers réalisés, après dotation et reprise aux réserves et provisions légales et réglementaires, obligatoires ou facultatives, conformément aux articles A. 331-3 à A. 331-5 du Code des assurances.

La participation aux bénéfices est calculée globalement par MAAF Vie pour les garanties d'assurance sur la vie de toute nature qu'elle assure, à l'exception des garanties à capital variable.

MAAF Vie décide d'affecter tout ou partie de la participation aux bénéfices techniques et financiers aux adhésions « Assurance Décès », cette participation prend la forme d'une revalorisation des prestations garanties et/ou des prestations en cours de service et/ou d'une diminution des cotisations appelées.

Le droit applicable

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

Ce contrat est régi par le Code des assurances, l'autorité chargée du contrôle de votre assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09.

Délai de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à MAAF Vie - 79087 NIORT CEDEX 9, en recopiant la mention suivante : « Je soussigné (Nom, Prénom, Adresse) désire renoncer à l'adhésion au contrat « Assurance Décès » N° 02110 ou 02120 / N° 02111 ou 02121.

MAAF Vie vous rembourse alors intégralement la somme que vous avez versée après avoir vérifié l'encaissement effectif de votre versement. Ce paiement intervient dans un délai de 30 jours maximum à compter de la réception de votre demande écrite de renonciation.

La renonciation à l'adhésion à l'« Assurance Décès » entraîne la résiliation de l'ensemble des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie du contrat.

Gestion des réclamations

Pour tout mécontentement envers nous, votre interlocuteur habituel (conseiller, gestionnaire...) mettra en œuvre tous les moyens à sa disposition pour vous satisfaire.

Si le mécontentement persiste, il vous proposera de vous adresser à son responsable qui analysera avec vous l'origine du problème et s'assurera de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si la réponse ne vous satisfait toujours pas, vous pourrez vous adresser au service réclamations et qualité client MAAF que vous pouvez joindre :

Par courrier

MAAF Assurances
Service Réclamations et Qualité Client MAAF
79036 – NIORT CEDEX 09

Par courriel :

service.RECLAMATIONSETQUALITECLIENT@maaf.fr

Par téléphone :

05.49.17.53.00 de 13h00 à 18h00 du lundi au vendredi

Dans tous les cas, vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de la réception de votre réclamation sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai. Le cas échéant, vous recevrez une réponse du service réclamations et qualité client MAAF au plus tard 2 mois après la réception de votre réclamation.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par le service réclamations et qualité client MAAF, **vous pourrez solliciter le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :**

Par courrier

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09

Par voie électronique

<http://www.mediation-assurance.org/> Saisir le médiateur.

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

Protection des données personnelles

Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978

Les données à caractère personnel vous concernant sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance.

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements à des fins de gestion commerciale des clients et des prospects, sauf opposition de votre part,
- de traitements de contrôle interne,
- de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- de traitements de lutte contre la fraude à l'assurance qui peuvent entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à MAAF Vie, responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, et partenaires qui lui sont contractuellement ou statutairement liés et à des organismes professionnels.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant par courrier à :

MAAF Vie
Coordination Informatique et Libertés
Chauray 79036 NIORT Cedex 9

Nous vous informons que vous êtes susceptible de recevoir un appel de l'un de nos conseillers et que les entretiens téléphoniques peuvent faire l'objet d'une double écoute et d'un enregistrement à des fins d'amélioration du service proposé et de formation de nos équipes. Vous pouvez vous opposer à ce traitement en le signalant en début d'entretien.

En application des dispositions du Code de la consommation, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, nous ne pourrions pas vous démarcher par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre n° de téléphone afin d'être recontacté ou si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

Contrats régis par le Code des assurances.

MAAF Vie

Société anonyme au capital de 69 230 896 euros entièrement versé
RCS Niort 337 804 819 - Code APE 6511 Z - Entreprise régie par le Code des assurances
N° de TVA intracommunautaire FR 82 337 804 819
Siège social : Chaban 79180 Chauray - Adresse postale : 79087 Niort cedex 9 - maaf.fr

Commercialisé par : MAAF Assurances SA
SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 160 000 000 euros entièrement versé - Entreprise régie par le code des assurances
RCS NIORT 542 073 580 - N° TVA intracommunautaire FR 38 542 073 580 - Code APE 6512 Z
Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09 - maaf.fr

