

BIENVENUE

Nous vous remercions d'avoir choisi le contrat Garantie Autonomie et Dépendance et vous souhaitons la bienvenue parmi nos adhérents.

Adhérer à l'offre Garantie Autonomie et Dépendance, c'est faire le bon choix pour anticiper une éventuelle perte d'autonomie.

Avec Garantie Autonomie et Dépendance, l'assuré* bénéficie de :

- une rente dépendance en fonction de son lieu de vie ;
- un capital premier frais versé dès le niveau de GIR* 4 sans franchise ;
- diverses garanties d'assistance pour prévenir l'entrée en dépendance et accompagner l'assuré* tout au long de son parcours de vie.

Chaque jour, nous nous engageons à vos côtés pour simplifier vos démarches et vous accompagner dans les moments difficiles.



Pour une meilleure lecture de votre contrat Garantie Autonomie et Dépendance, le "vous" doit être compris comme l'adhérent* et le "nous" comme Apivia Macif Mutuelle.

Un lexique est à votre disposition en fin de document pour une parfaite compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un astérisque (*) dans le texte.

SOMMAIRE

Pour les particuliers, l'offre Garantie Autonomie et Dépendance prend la forme d'un contrat individuel, régi par un Règlement mutualiste (**PARTIE 1**).

Pour les travailleurs indépendants (professionnels indépendants et leur conjoint collaborateur, ainsi que les dirigeants non salariés relevant de l'article 62 du Code général des impôts), l'offre Garantie Autonomie et Dépendance prend la forme de contrats collectifs à adhésion facultative souscrits par l'Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective (APPIC) au profit de ses membres. Les dispositions de ces contrats collectifs sont reprises dans une Notice d'information détaillée (**PARTIE 2**).

PARTIE 1 :

RÈGLEMENT MUTUALISTE	3
L'ADHÉSION	3
LA PRÉSENTATION DES GARANTIES	4
LES GARANTIES D'ASSURANCE	6
LES GARANTIES D'ASSISTANCE	8
LES FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	15
LA VIE DU CONTRAT	18
LEXIQUE	21

PARTIE 2 :

NOTICE D'INFORMATION DÉTAILLÉE	22
L'ADHÉSION	23
LA PRÉSENTATION DES GARANTIES	23
LES GARANTIES D'ASSURANCE	23
LES GARANTIES D'ASSISTANCE	24
LES FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	24
LA VIE DU CONTRAT	24

GARANTIE AUTONOMIE ET DÉPENDANCE : LE BON CHOIX !

➔ LE SAVIEZ-VOUS ?

- En cas de maintien à domicile*, le reste à charge moyen mensuel d'une personne dépendante est compris entre 570 € à 800 €.
- En cas de placement en établissement, le reste à charge moyen mensuel d'une personne dépendante est compris entre 1 500 € à 2 300 €.
- La durée moyenne de dépendance est de 4 ans.

Source : Argus de l'assurance - novembre 2017.

➔ DES QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE ?

Pour toutes questions liées au contrat Garantie Autonomie et Dépendance, une équipe de conseillers spécialisés est à votre service au



▶ **N°Cristal** 09 69 39 49 79

(appel non surtaxé depuis un poste fixe)

Du lundi au vendredi
de 9h à 18h

➔ ASSURANCES SIMULTANÉES

En cas d'adhésion à deux⁽¹⁾,
réduction permanente de

10 %

sur les cotisations
des deux contrats
Garantie Autonomie et
Dépendance.

(1) Conjoints ou toutes personnes
ayant un lien familial entre elles.*

➔ LES AVANTAGES DU CONTRAT GARANTIE AUTONOMIE ET DÉPENDANCE

- ▶ Une offre complète, évolutive et personnalisée qui se décline en 6 formules et s'adapte aux besoins de l'adhérent*.
- ▶ Le versement d'une rente dont le niveau diffère en fonction du lieu de vie (à domicile* ou en établissement*).
- ▶ Des services d'assistance étendue accessibles dès la souscription.
- ▶ Un tarif qui n'évolue pas avec l'âge.

➔ ET MAINTENANT ?

- ▶ Une fois la demande d'assurance acceptée, nous adressons au souscripteur (adhérent) un certificat individuel de garantie reprenant l'intégralité des garanties souscrites. **Il est important de vérifier que toutes les données** figurant dans ce document sont exactes.
- ▶ **En cas de changement de nom, d'adresse ou de coordonnées bancaires, il est nécessaire de nous en informer afin de faciliter nos échanges.**
- ▶ Nous restons à votre écoute dans nos points d'accueil, par téléphone et sur Internet (www.macif.fr, rubrique "Nous contacter").

Le contrat Garantie Autonomie et Dépendance est un contrat individuel, régi par le présent règlement mutualiste et assuré par Apivia Macif Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09. Les statuts d'Apivia Macif Mutuelle sont consultables sur le site Internet www.macif.fr.

Les garanties d'assistance prévues au contrat sont assurées par IMA Assurances, entreprise soumise au Code des assurances.

Le contrat est régi par la loi française et la langue utilisée entre la mutuelle et l'adhérent* pendant toute la vie du contrat est le français.

L'ADHÉSION

CONDITIONS D'ASSURANCE

Vous pouvez adhérer au contrat à votre profit (vous êtes alors l'assuré* du contrat), mais également au profit de votre conjoint* ou un membre de votre famille. Dans ce dernier cas, le conjoint ou membre de votre famille est l'assuré* et bénéficie, à ce titre, des garanties du contrat.

Au jour de la demande d'assurance, l'assuré* doit remplir les conditions suivantes :

- résider en France métropolitaine ou séjourner à l'étranger pour une durée continue n'excédant pas 12 mois ;
- être âgé d'au moins 40 ans et de moins de 71 ans.

Lorsque vous souscrivez pour votre conjoint ou un membre de votre famille, vous devez :

- résider en France métropolitaine ou séjourner à l'étranger pour une durée continue n'excédant pas 12 mois ;
- être âgé de plus de 18 ans.



L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et l'année de naissance. *Par exemple, pour une personne née en 1967, l'âge retenu en 2019 est déterminé comme suit : 2019 - 1967 = 52 ans.*

Si vous êtes travailleur indépendant et que vous souhaitez bénéficier des dispositions de la loi Madelin du 11/02/1994, nous vous invitons à vous reporter à la "Notice d'information détaillée" ci-après.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Après avoir déterminé la formule de garantie répondant le mieux aux besoins de l'assuré*, vous devez :

- compléter, signer et dater la demande d'assurance ;
- fournir une copie de votre pièce d'identité en cours de validité.

En cas de paiement par prélèvement, vous devrez également remplir un mandat de prélèvement SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire.

L'assuré* doit :

- remplir la déclaration de santé et, si nécessaire, un questionnaire médical ;
- dater et signer la demande d'assurance.

Les déclarations relatives à l'état civil de l'assuré*, son état de santé et le cas échéant, ses antécédents médicaux servent de base à l'assurance.



L'assuré* doit nous informer de toute modification de son état de santé survenue entre la demande d'assurance et l'acceptation de cette demande, justifiée par l'envoi du certificat individuel de garantie. En effet, ces modifications doivent être prises en compte pour l'étude de la demande d'assurance. Les conséquences engendrées par une déclaration inexacte sont prévues à l'article "conséquences en cas de fausse déclaration".

Après étude de la demande d'assurance, nous pouvons :

- accepter les garanties sans réserve ;
- différer notre décision dans l'attente d'examens ou de renseignements complémentaires demandés par notre service médical. Ces éléments sont à lui retourner sous pli confidentiel. Les honoraires liés aux examens médicaux seront remboursés sur présentation de la note d'honoraire dans la limite de 120 € ;
- accepter la demande moyennant le paiement d'une surcotisation si les déclarations de l'assuré* ne correspondent pas à nos normes d'acceptation de risques ;
- refuser ou ajourner la demande d'assurance.

L'acceptation de l'adhésion est justifiée par l'envoi d'un certificat individuel de garantie décrivant les conditions d'assurance.

PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Si la demande d'assurance est acceptée sans réserve, le contrat prend effet à la date figurant sur cette demande. Celle-ci ne peut en aucun cas être antérieure à la remise de la demande d'assurance à un représentant d'Apivia Macif Mutuelle ou à sa date d'envoi, le cachet de la Poste faisant foi.

Si la demande fait l'objet d'une étude par notre service médical, le contrat prendra effet au plus tôt à la date d'acceptation par ce service.

Dans tous les cas, la date d'effet du contrat est indiquée dans le certificat individuel de garantie.

LA PRÉSENTATION DES GARANTIES



L'offre Garantie Autonomie et Dépendance propose des garanties d'assurance qui s'adaptent aux besoins de l'assuré* et à son lieu de vie (maintien à domicile* et lors de l'accueil en établissement*). Les garanties d'assistance proposent, également, des services, communs à toutes les formules, accessibles dès la souscription du contrat puis différenciés, lors de l'entrée en dépendance, selon le lieu de vie de l'assuré*.

Vous trouverez ci-dessous une présentation succincte des différentes formules de garanties et de l'offre d'assistance proposées dans le cadre du contrat Garantie Autonomie et Dépendance. Pour connaître le détail des garanties, reportez-vous aux chapitres "Les garanties d'assurance" et "Les garanties d'assistance".

L'offre Garantie Autonomie et Dépendance s'adapte aux besoins de l'assuré* avec 6 formules de garanties au choix, au moment de l'adhésion

- ESSENTIELLE
- ESSENTIELLE +
- MÉDIANE
- CONFORT
- CONFORT +
- ÉTABLISSEMENT : qui prévoit le versement d'une rente uniquement lorsque l'assuré* est accueilli en établissement*.

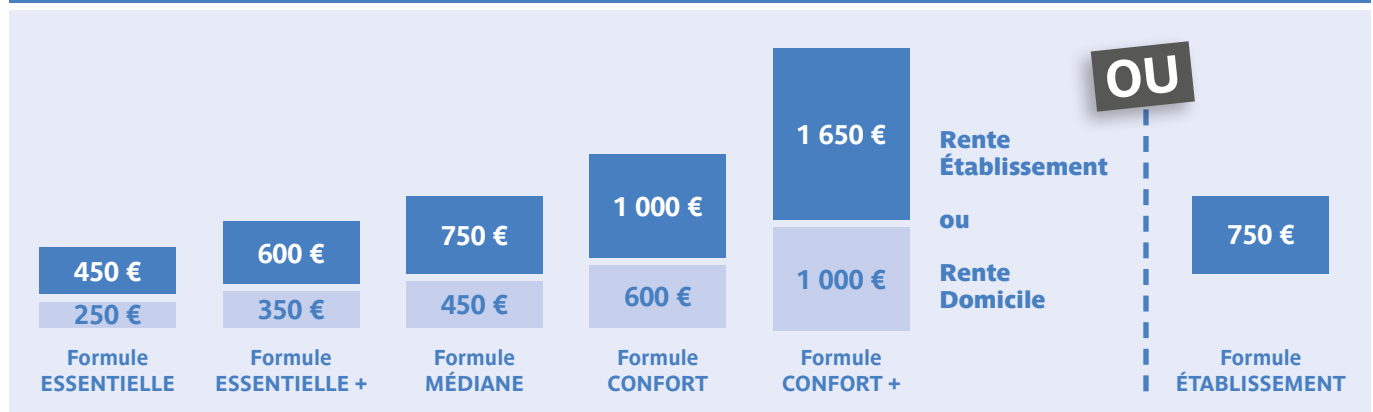
Pour chacune des formules, le niveau de rente diffère en fonction du lieu de vie (à domicile* ou en établissement*).

La perte d'autonomie de l'assuré est évaluée sur la base de la **grille AGGIR***, comprenant 6 niveaux déterminés en fonction du degré de dépendance de la personne. Pour plus de détail, reportez-vous au chapitre "Les formalités en cas de sinistre".

Quelle que soit la formule souscrite et à partir d'un classement en **GIR* 4**, l'assuré* bénéficie d'un **Capital premiers frais** et de **garanties d'assistance**. Lorsque l'assuré* est reconnu en situation de dépendance avec un classement en **GIR* compris entre 1 et 3**, nous lui versons une **rente dépendance**, qui s'adaptera en fonction de son lieu de vie, c'est-à-dire :

- soit la Rente Domicile, si l'assuré* a la possibilité de rester à son domicile* ;
- soit la Rente Établissement, si l'assuré* est accueilli en établissement*.

UNE RENTE DÉPENDANCE VERSÉE MENSUELLEMENT



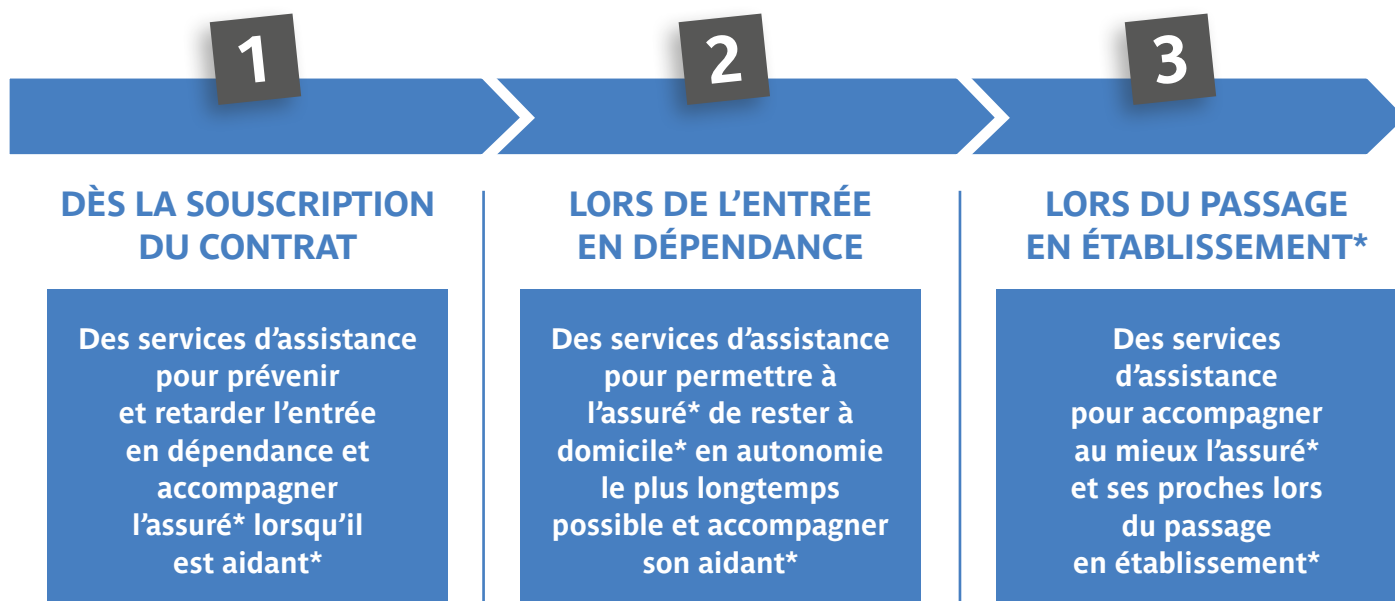
UN CAPITAL PREMIERS FRAIS

Versement d'un capital forfaitaire de **4 000 €** pour financer par exemple l'aménagement du domicile ou le déménagement lors de l'accueil en établissement*



DES GARANTIES D'ASSISTANCE ÉTENDUES (ASSURÉES ET MISES EN ŒUVRE PAR IMA)

L'offre d'assistance du contrat Garantie Autonomie et Dépendance est conçue de façon à accompagner l'assuré* tout au long de son parcours de vie. Elle s'articule en trois temps :



1

DÈS LA SOUSCRIPTION : UN PROGRAMME GLOBAL DE PRÉVENTION SANTÉ

Vous accompagner dans la prévention :

- un accompagnement prévention santé personnalisé ;
- un bilan personnalisé pour faire un diagnostic et bénéficier de différents services aux choix :
 - ▶ Accompagnement mobilité
 - ▶ Aménagement de l'habitat
 - ▶ Accompagnement Nutrition Prévention santé
 - ▶ Accompagnement budgétaire

Vous informer, vous conseiller :

Vous pouvez bénéficier à tout moment :

- d'informations et de conseils médicaux ;
- d'informations juridiques ;
- d'une aide dans la recherche d'un médecin ;
- accompagnement administratif et social de l'aidant*.

Vous accompagner pendant les moments de fragilité grâce à :

- des services d'assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation temporaire* (aide ménagère, garde des enfants, conduite à l'école, transfert chez un proche...);
- un soutien psychologique ;
- une aide au répit de l'aidant* (aide à domicile, transfert chez un proche, livraison des courses, etc.).

2

UN ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉPENDANCE À DOMICILE

Vous accompagner dans la sécurisation de votre habitat :

- un bilan de l'habitat réalisé avec l'aide d'un ergothérapeute ;
- un service de téléassistance.

Vous accompagner pendant les moments de fragilité :

- accompagnement administratif et social (aide aux démarches, soutien psychologique) ;
- une enveloppe de services en cas de perte d'autonomie (aide à domicile, portage de repas, livraison de courses, etc.).

3

UN ACCOMPAGNEMENT LORS DU PASSAGE EN ÉTABLISSEMENT

Vous aider à faire la transition :

- une aide au déménagement ;
- nettoyage du logement quitté.

Vous permettre de garder un lien avec vos proches :

- aide à la mobilité de l'aidant* ou d'un proche (prise en charge du transfert domicile/établissement*).

LES GARANTIES D'ASSURANCE



Dès que l'assuré* est reconnu en situation de dépendance avec un classement en **GIR*** compris entre 1 et 4, plus aucune cotisation n'est due au titre du contrat.

LA RENTE DÉPENDANCE

Lorsque l'assuré* est reconnu en situation de dépendance, conformément aux conditions prévues à l'article "L'évaluation de l'état de dépendance", avec un classement en **GIR*** compris entre 1 et 3, nous lui versons une rente dépendance.



Pour connaître les modalités d'évaluation de l'état de dépendance, reportez-vous au chapitre "Les formalités en cas de sinistre".

Le montant de la rente dépendance dépend de la formule de garantie souscrite et du lieu de résidence de l'assuré* :

- s'il reste à son domicile*, il perçoit la rente Domicile ;
- s'il est accueilli en établissement*, il perçoit la rente Établissement.

Le certificat individuel de garantie précise la **formule de garantie** souscrite et les montants de rente correspondants.



Dans le cadre de la formule Établissement, l'assuré* dépendant perçoit la rente uniquement lorsqu'il est accueilli en établissement*.

La rente dépendance est versée après une **franchise* de 90 jours** à compter de la date de reconnaissance de la dépendance. La rente est, ensuite, **versée dans un délai maximal de deux mois** après réception de l'ensemble des justificatifs prévus au chapitre "Formalités en cas de sinistre".

La rente est payable mensuellement à terme échu. Elle est versée jusqu'au décès de l'assuré*.

LE CAPITAL PREMIERS FRAIS

Lorsque l'assuré* est reconnu en situation de dépendance, dans les conditions prévues à l'article "L'évaluation de l'état de dépendance", avec un classement en **GIR*** compris entre 1 et 4, nous lui versons un **capital forfaitaire de 4 000 €** afin de prendre en charge les premiers frais liés à la dépendance (aménagement du domicile*, achats d'aides techniques, frais de déménagement, dépôt de garantie demandé lors de l'accueil en établissement*...).

Ce capital est versé quelle que soit la formule de garantie souscrite, que l'assuré* reste à domicile* ou qu'il soit accueilli en établissement*.

Il est versé, une seule fois, dans un délai maximal de deux mois après réception de l'ensemble des justificatifs prévus au chapitre "Formalités en cas de sinistre".

Le versement du Capital premier frais ne peut être renouvelé en cas d'aggravation de l'état de dépendance de l'assuré* ou de changement de formule, en cours de vie du contrat.

TERRITORIALITÉ DES GARANTIES D'ASSURANCE

Les garanties d'assurance sont accordées en France (départements et régions d'outre-mer compris) et lors des déplacements de l'assuré* dans l'Union Européenne ainsi qu'en Suisse, Royaume-Uni, Liechtenstein, Saint-Marin, Saint-Siège, Monaco et Andorre.

Elles sont étendues aux **déplacements d'une durée continue inférieure à 12 mois** dans les autres pays mais l'indemnisation ne débutera qu'après la première constatation médicale en France et application, le cas échéant, de la franchise.

EXCLUSIONS DES GARANTIES D'ASSURANCE

Les garanties sont accordées sous réserve des limitations et restrictions de garanties suivantes :

Sont exclues :

- les conséquences directes et indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur ou de l'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ;
- les conséquences résultant :
 - ▶ de la guerre civile ou étrangère ou de conflits à caractère militaire ;
 - ▶ du terrorisme, attentats, sabotages, émeutes, troubles civils ou mouvements populaires ;
 - ▶ de la participation à des paris, défis, duels, rixes sauf en cas de légitime défense ;
 - ▶ de la participation à un délit intentionnel ou à un crime ;
 - ▶ de mutilations volontaires (sous réserve que nous en apportions la preuve) ;
 - ▶ de la participation à des acrobaties, à des tentatives de records ou à des sports, lorsqu'elle nécessite l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur ;
 - ▶ de la pratique des sports suivants : sports de haute montagne, saut à l'élastique ou pendulaire, l'escalade, le VTT extrême, la plongée subaquatique, la spéléologie, les sports équestres, les sports de combat, le bobsleigh, le nautisme et la voile ;
- les conséquences des accidents* survenus alors que l'assuré* conduit un véhicule terrestre à moteur sous l'empire d'un état alcoolique dont le seuil est fixé par l'article R.234-1 du Code de la route ;
- les conséquences des accidents* ou pathologies liés à l'utilisation de substances classées par le Code de la santé publique comme stupéfiants ou psychotropes en dehors d'une prescription médicale ou d'une absorption accidentelle ;
- les conséquences des tentatives de suicide dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet du contrat. Cette exclusion s'applique également en cas d'augmentation des garanties (pour le différentiel des garanties).

DÉLAIS D'ATTENTE

Nous appliquons un délai d'attente* de :

- **3 ans** en cas de dépendance de l'assuré* consécutive à une maladie* neurologique ou psychique médicalement constatée. Il s'agit de toute atteinte au système nerveux central ou périphérique ainsi que les maladies* psychiques et la fibromyalgie ;
- **1 an** en cas de dépendance de l'assuré* consécutive à une maladie* d'autre origine.

Ce délai s'applique lors de l'adhésion et en cas d'augmentation des garanties (pour le différentiel de garantie).

En cas de dépendance de l'assuré* pendant le délai d'attente*, les garanties du contrat prennent fin et nous vous remboursons les cotisations versées (diminuées des éventuels frais de fractionnement) sauf :

- en cas de fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ;
- lorsque l'état de dépendance est la conséquence d'un événement listé à l'article "Exclusions des garanties d'assurance".

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Quelle que soit la formule de garantie souscrite, l'assuré* bénéficie de garanties d'assistance. Ces garanties sont conçues de façon à l'accompagner tout au long de la vie du contrat.

Vous pouvez contacter les services d'IMA Assurances 24h/24 au n° suivant : **N°Cristal 09 69 39 11 10**

APPEL NON SURTAXE

LES GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

Les garanties suivantes sont destinées à accompagner l'assuré* dès la souscription du contrat et ainsi prévenir l'entrée en dépendance.



Le bilan personnalisé et les services d'accompagnement peuvent être mis en place au profit de l'assuré* mais également au profit d'un proche dont l'assuré* est l'aidant*.

EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION TEMPORAIRE*

Si l'assuré* est hospitalisé ou immobilisé à son domicile* à la suite d'une maladie ou d'un accident*, il peut bénéficier de différentes garanties sur une durée maximum d'un mois.



En cas d'hospitalisation programmée*, le nombre d'interventions est limité à 2 par année civile.

En cas de :

- Hospitalisation* imprévue ou programmée* d'une durée supérieure à 48 heures.
- Immobilisation imprévue au domicile* d'une durée supérieure à 5 jours.

● Présence d'un proche au chevet

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine et de 2 nuits d'hébergement dans la limite de 50 € par nuit.

● Intervention d'une aide à domicile

Dès le premier jour de l'immobilisation ou au retour au domicile* privé, mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repasage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention dans la limite de 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi.

● Transfert et garde des animaux domestiques

Organisation et prise en charge du transport et/ou hébergement des animaux domestiques vivant à votre domicile* privé sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

Cette garantie s'applique uniquement pour les chiens (sauf catégorie 1 et 2), les chats ainsi que les Nouveaux Animaux de Compagnie (lapins, oiseaux, furets, tortues et rongeurs).

En cas de :

- Hospitalisation* imprévue ou programmée* de plus de 24 heures.
- Immobilisation imprévue au domicile* d'une durée supérieure à 5 jours.

● Prise en charge des enfants ou petits-enfants (vivant au domicile* privé et âgés de moins de 16 ans)

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- ▶ déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine pour garder les enfants ou petits-enfants ;
- ▶ **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné ;

- ▶ **OU**, lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite A/R à l'école par un prestataire 2 fois par jour dans la limite de 5 jours répartis sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement A/R des enfants ou petits-enfants à l'école.

● Prise en charge des ascendants vivant à votre domicile* privé

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche **OU** du transfert chez un proche en France métropolitaine.

Si cette solution ne convient pas, organisation et prise en charge de la garde à domicile* dans la limite de 30 heures

réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi.

● Livraison de médicaments

Recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile* et leur livraison au domicile* lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de s'en charger, **dans la limite de 1 livraison par évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'assuré*.**

LE PROGRAMME PRÉVENTION SANTÉ

● Ma santé au quotidien

L'assuré* bénéficie d'un accès personnel au site <https://macif.ima-sante.com> sur lequel il peut trouver des conseils nutritionnels et des informations générales relatives à la santé (suivi des examens médicaux et dépistages, etc...).

● Le service Bien-être

À la suite d'une auto-évaluation réalisée sur le site <https://macif.ima-sante.com>, l'assuré* peut bénéficier, en fonction de son profil, de 4 entretiens sur 6 mois avec un(e) infirmier(e) qui lui fournira des conseils adaptés et personnalisés pour améliorer son bien-être et sa santé au quotidien (l'alimentation, le stress, l'arrêt du tabac, la reprise d'une activité sportive...)

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de fragilité, l'assuré* peut bénéficier d'un soutien psychologique.

Organisation et prise en charge, selon la situation :

- ▶ de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- ▶ et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement.

À TOUT MOMENT (HORS URGENCE MÉDICALE)

● Informations et conseils médicaux

Informations liées :

- ▶ à la perte d'autonomie (attitudes préventives pour prévenir les chutes, informations sur les risques médicaux...);
- ▶ aux voyages, vaccins, hygiène, alimentation ;
- ▶ aux loisirs (attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, ou la pratique de sports à risques).

Ces conseils ne pourront pas être considérés comme des consultations médicales.

● Informations juridiques

Informations ciblées sur la santé, la famille, le droit du travail, la retraite, la perte d'autonomie (tutelle, curatelle, allocation personnalisée d'autonomie...).

● Aide à la recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical

● Garantie panne domestique

Organisation et prise en charge du déplacement d'un prestataire agréé, au domicile* de l'assuré*, dans les secteurs d'activité suivants : chauffage, couverture, électricité, maçonnerie, menuiserie, nettoyage, plomberie, serrurerie vitrerie. **La prise en charge est limitée à la première heure de main d'œuvre du prestataire.** Le coût des travaux complémentaires, main d'œuvre et fournitures demeure à la charge de l'assuré*.

LE BILAN PERSONNALISÉ

● Diagnostic de la situation avec un travailleur social

Le travailleur social réalise, par téléphone, un **diagnostic de la situation** de l'assuré* : identification de ses besoins, de son cadre de vie, repérage des points de vigilance.

Il lui propose ensuite un plan d'actions adapté à ses besoins : proposition de solutions d'organisation du quotidien, informations sur les éventuels financements...

Il peut enfin lui proposer des **services d'accompagnement** (exposés ci-après).

● Suivi du plan d'actions

Si nécessaire, l'assuré* bénéficie d'un **suivi téléphonique sur 6 mois** dans lequel il lui sera proposé :

- ▶ une aide à la coordination pour la mise en place du plan d'actions ;
- ▶ un suivi dans le temps des actions mises en œuvre et si besoin, un réajustement de l'organisation.



L'assuré* peut bénéficier de 2 bilans personnalisés maximum pendant toute la durée de son contrat. Il peut en demander le bénéfice à tout moment :

- dès la souscription pour améliorer ses conditions de vie au quotidien et prévenir la perte d'autonomie ;
- à la suite d'un accident*, d'une maladie ou d'une hospitalisation pour faciliter le retour à domicile* ;
- lorsqu'il se retrouve en situation de perte d'autonomie pour permettre le maintien à domicile*.

LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT

En fonction des besoins de l'assuré*, recensés dans le bilan personnalisé, le travailleur social lui propose de bénéficier de 2 services d'accompagnement parmi les 4 proposés ci-dessous :

● Accompagnement Mobilité

L'assuré* bénéficie d'un accompagnement individuel et personnalisé pour la pratique d'une activité physique adaptée :

- ▶ bilan d'1h30 à son domicile* ;
- ▶ accès illimité à des cours collectifs d'activité physique adaptée pendant un trimestre.

Cette garantie est accordée dans la limite d'un bilan par bénéficiaire dans les 12 mois suivant la réalisation du bilan personnalisé.

● Aménagement de l'habitat

Un ergothérapeute évalue par téléphone la situation de l'assuré* dans son lieu de vie et lui propose des solutions d'aménagement pour faciliter son maintien à domicile*.

Cette garantie est accordée dans la limite d'un bilan dans les 12 mois suivant la réalisation du bilan personnalisé.

● Nutrition prévention santé

L'assuré* bénéficie de conseils téléphoniques fournis par un(e) diététicien(ne) pour prévenir les risques liés à l'alimentation (dénutrition, problème de déglutition, de mastication...) et les déséquilibres alimentaires.

Cette garantie est accordée dans la limite d'un entretien téléphonique dans les 12 mois suivant la réalisation du bilan personnalisé.

● Accompagnement budgétaire

L'assuré* bénéficie de conseils téléphoniques fournis par un conseiller en économie sociale et familiale : informations sur les méthodes de gestion de budget, sur les dispositifs et aides spécifiques.

Cette garantie est accordée dans la limite de 6 entretiens téléphoniques dans les 12 mois suivant la réalisation du bilan personnalisé.

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉPENDANCE



L'ensemble de ces garanties peuvent être mises en place en cas de perte d'autonomie de l'assuré* mais également en cas de perte d'autonomie d'un proche dont l'assuré* est l'aidant*. Toutefois, l'enveloppe "Services" et l'Aide au maintien à domicile* ne bénéficient qu'à l'assuré*.

Pour bénéficier de ces garanties, l'assuré* ou le proche dont il est l'aidant* doit être susceptible de percevoir l'une des aides suivantes :

- l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement **GIR* 1 à 4** ;
- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;
- l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les **catégories 2 à 6** ;
- l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH).

ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF ET SOCIAL

● Aide aux démarches administratives

Afin d'aider l'assuré* ou son aidant* dans la rédaction des documents administratifs liés à la perte d'autonomie, mise à disposition d'un intervenant à domicile* **dans la limite de 4 heures**, à raison de 2 heures minimum par intervention.

● Bilan social et aide à la décision

L'assuré* ou son aidant* peut bénéficier d'un bilan social par an, réalisé par un travailleur social qui se décompose en 4 étapes :

- 1 - Déterminer les besoins de l'assuré* ;
- 2 - Proposer des solutions d'organisation du quotidien (ex : aménagement du logement, recours à l'accueil temporaire) ;
- 3 - Donner des indications pour trouver d'éventuels financements ;
- 4 - Accompagner l'aidant* dans son appréciation de ses capacités à faire face à son engagement en analysant les impacts sur sa vie sociale, professionnelle et économique.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h.

● Assistance psychologique

Organisation et prise en charge, selon la situation :

- ▶ de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- ▶ et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

L'assistance psychologique peut être exécutée au profit de l'assuré* ou de son aidant*.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement.

AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE*

● Bilan de l'habitat

Un ergothérapeute se déplace au domicile* de l'assuré* afin d'évaluer sa situation dans son lieu de vie. Si nécessaire, il lui propose des solutions d'aménagement pour faciliter son maintien à domicile*.

Si des aménagements importants sont nécessaires, l'ergothérapeute peut mettre l'assuré* en relation avec des entreprises susceptibles de réaliser ces aménagements. **Le coût des travaux n'est pas pris en charge.**

Cette garantie est limitée à un dossier par évènement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

● Téléassistance

L'assuré* peut bénéficier de la prise en charge de l'installation d'un dispositif de téléassistance à son domicile* et des 3 premiers mois d'abonnement.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

L'ENVELOPPE "SERVICES"

En cas de perte d'autonomie de l'assuré*, celui-ci peut demander à bénéficier d'une enveloppe de services de 50 unités.

Les services pouvant être mis en œuvre au domicile* de l'assuré* sont les suivants :

- ▶ aide à domicile (minimum de 2 heures par intervention) ;
- ▶ auxiliaire de vie ;
- ▶ présence d'un proche (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits**, petits-déjeuners inclus **à concurrence de 50 € par nuit**) ;
- ▶ transfert chez un proche (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits**, petits-déjeuners inclus **à concurrence de 50 € par nuit**) ;
- ▶ livraison de médicaments (le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré*) ;
- ▶ portage des repas (dans la **limite d'une livraison d'un pack de repas par semaine** ; le coût du repas reste à la charge de l'assuré*) ;
- ▶ livraison de courses (le coût des courses reste à la charge de l'assuré*) ;
- ▶ coiffure à domicile* (le coût de la prestation reste à la charge de l'assuré*) ;
- ▶ portage d'espèces.

Chacun des services proposés équivaut à un nombre d'unité défini :

- ▶ aide à domicile* : 1 heure = 1 unité
- ▶ auxiliaire de vie : 1 heure = 2 unités
- ▶ présence d'un proche : 1 A/R + hébergement = 10 unités
- ▶ transfert chez un proche : 1 A/R + hébergement = 10 unités
- ▶ livraison de médicaments : 1 livraison = 4 unités
- ▶ portage de repas : 1 livraison = 2 unités
- ▶ livraison de courses : 1 livraison = 6 unités
- ▶ coiffure à domicile* : 1 déplacement = 1 unité
- ▶ portage d'espèces : 1 déplacement = 4 unités

Ces services sont mis en œuvre sur une période maximale de 12 mois à compter de la mise en jeu de la garantie.

SOUTIEN EN CAS D'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT*

● Déménagement et nettoyage du logement quitté

- ▶ Mise en relation avec une entreprise de déménagement ou une société de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'assuré*.

- ▶ Organisation et prise en charge du nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 € dans les 24 mois suivant le déménagement.

● Aide à la mobilité de l'aidant* ou d'un proche, afin de garder le lien

Organisation et prise en charge, **dans la limite de 500 €**, de 5 trajets A/R domicile*/établissement* dans les 12 mois suivant l'entrée en établissement*.

LES GARANTIES D'ASSISTANCE DÉDIÉES AUX AIDANTS*



L'ensemble de ces garanties peuvent être mises en place au profit de l'assuré* lorsqu'il est aidant* mais également au profit de l'aidant* de l'assuré*, en cas de perte d'autonomie de l'assuré*.

RÉPIT DE L'AIDANT

En cas de fatigue physique ou morale justifiée par une prescription médicale, l'aidant* peut bénéficier des garanties suivantes, dans la limite d'un répit par an :

● Intervention d'une aide à domicile* ou d'une auxiliaire de vie

- ▶ Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de la personne dépendante, du lundi au vendredi, de 8h à 20h ;
- ▶ **OU** mise à disposition d'une aide à domicile* ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention dans la limite de 40 heures, réparties sur une période maximale de 12 mois à compter de la mise en oeuvre de la prestation.

● Venue d'un proche ou transfert chez un proche

Organisation et prise en charge d'un transfert par an, **dans la limite de 200 € :**

- ▶ du transport A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- ▶ **OU** du transport A/R non médicalisé de la personne dépendante chez un proche en France métropolitaine. Si cela est nécessaire, le transport d'un accompagnant est également pris en charge.

● Les autres prestations

- ▶ **livraison de médicaments dans la limite de 2 livraisons** sur une période maximale de 12 mois suivant l'évènement. Le coût des médicaments reste à la charge de la personne dépendante ;
- ▶ **livraison des courses** : transport A/R au centre commercial le plus proche ou prise en charge des frais de livraison d'une commande, **dans la limite de 2 livraisons** sur une période maximale de 12 mois. Le coût des courses reste à la charge de la personne dépendante ;
- ▶ **portage de repas** : livraison d'un pack de repas, composé de 5 ou 7 jours de repas (à définir à la commande), **dans la limite de 2 livraisons** sur une période maximale de 12 mois. Le prix des repas reste à la charge de la personne dépendante ;
- ▶ **portage d'espèces** : transport A/R jusqu'à la banque de la personne dépendante ou portage d'espèces (**maximum 150 €**) au domicile* par un prestataire agréé contre reconnaissance de dette **dans la limite de 2 A/R ou de 2 portages** sur une période maximale de 12 mois ;

- ▶ **coiffure à domicile*** : déplacement d'un coiffeur au domicile* **dans la limite de 2 déplacements** sur une période maximale de 12 mois. Le coût de la prestation reste à la charge de la personne dépendante.

INDISPONIBILITÉ DE L'AIDANT

En cas d'hospitalisation* de plus de 2 jours ou d'une immobilisation imprévue au domicile* de plus de 5 jours de l'aidant* :

● Intervention d'une aide à domicile* ou d'une auxiliaire de vie

- ▶ Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de la personne dépendante, du lundi au vendredi, de 8h à 20h ;
- ▶ **OU** mise à disposition d'une aide à domicile* ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention dans la limite de 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en oeuvre de la prestation.

● Venue d'un proche ou transfert chez un proche

Organisation et prise en charge d'un transfert par an, **dans la limite de 200 € :**

- ▶ du transport A/R d'un proche en France métropolitaine ;
- ▶ **OU** du transport A/R non médicalisé de la personne dépendante chez un proche en France métropolitaine. Si cela est nécessaire, le transport d'un accompagnant est également pris en charge.

● Mise en relation avec des services de proximité : auxiliaire de vie, aide à domicile*, portage de repas...

ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF ET SOCIAL

● Aide aux démarches administratives

Afin d'aider l'aidant* dans la rédaction des documents administratifs liés à la perte d'autonomie, mise à disposition d'un intervenant à domicile* dans la limite de 4 heures, à raison de 2 heures minimum par intervention.

● Bilan social et aide à la décision

L'aidant* peut bénéficier d'un bilan social réalisé par un travailleur social qui se décompose en 4 étapes :

- 1 - Déterminer les besoins de l'assuré* ;
- 2 - Proposer des solutions d'organisation du quotidien (ex : aménagement du logement, recours à l'accueil temporaire) ;
- 3 - Donner des indications pour trouver d'éventuels financements ;
- 4 - Accompagner l'aidant* dans son appréciation de ses capacités à faire face à son engagement en analysant les impacts sur sa vie sociale, professionnelle et économique.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h.

● Assistance psychologique

Organisation et prise en charge, selon la situation :

- ▶ de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- ▶ et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement.

EXCLUSIONS DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Les garanties d'assistance sont accordées sous réserve des exclusions de garanties suivantes :

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties d'assistance :

- les hospitalisations :
 - ▶ liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
 - ▶ liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences ;
- les hospitalisations et immobilisations à domicile* résultant de :
 - ▶ l'usage de drogues ou de stupéfiants non ordonnés médicalement ;
 - ▶ la consommation d'alcool ;
 - ▶ l'action volontaire du bénéficiaire : suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire.

Sous réserve d'en rapporter la preuve, IMA ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où l'assuré* aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

TERRITORIALITÉ DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Les garanties d'assistance sont accordées en France (hors Départements et régions d'outre-mer) y compris Andorre et Principauté de Monaco.

LES FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

Pour percevoir le plus rapidement possible les garanties en cas de sinistre, nous vous invitons à respecter les formalités ci-dessous.

POUR LES GARANTIES D'ASSURANCE

LES FORMALITÉS DES GARANTIES D'ASSURANCE

Pour percevoir le Capital premiers frais et la Rente dépendance, l'assuré* doit nous adresser le justificatif de placement en **GIR*** 1 à 4 délivré par le Conseil départemental du lieu de résidence, dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), exception faite des assurés* de moins de 60 ans ne remplissant pas les conditions d'attribution de l'APA.

Dans tous les cas, l'assuré* doit également nous adresser les documents suivants :

- l'attestation médicale dûment complétée par son médecin traitant précisant la maladie* à l'origine de la dépendance* et sa date de première constatation ou la date et la nature de l'accident* ayant entraîné la dépendance*, ainsi que les éventuels antécédents médicaux de l'assuré* ;
- une copie de sa pièce d'identité en cours de validité ;
- si nécessaire et en fonction des circonstances, le compte-rendu d'hospitalisation et le procès verbal de gendarmerie.

Les documents demandés doivent nous être envoyés, sous pli confidentiel, à l'adresse suivante :

Macif - Service Médical
CS 69109
79061 Niort cedex 9.

L'ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

L'état et le niveau de dépendance de l'assuré* est évalué, par notre médecin-conseil, sur la base de **la grille AGGIR*** (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) visée à l'article L.232.2 et décrite en annexe 2.1 et 2.2 du Code de l'action sociale et des familles et des documents administratifs et médicaux listés à l'article précédent et intitulé "les formalités des garanties d'assurance".

La grille AGGIR* comprend 6 niveaux déterminés (dits "groupes iso-ressources" ou GIR*) permettant d'évaluer le degré de dépendance ou d'autonomie des personnes dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

ENQUÊTE ET EXPERTISE MÉDICALE

Nous pouvons faire procéder, à tout moment, par un médecin-expert que nous désignons, à une expertise médicale relative à la demande ou au maintien des prestations. L'expertise médicale aura lieu en France métropolitaine.

De même, nous pouvons, si nécessaire, diligenter une enquête sur les origines de la dépendance de l'assuré*.

La mission confiée au médecin-expert est de :

- décrire l'état de santé actuel et passé de l'assuré* ;
- préciser les causes médicales de la dépendance ;
- vérifier que les déclarations de santé de l'assuré* au jour de l'adhésion étaient bien en cohérence avec son état de santé à cette date ;
- vérifier que l'assuré* remplit bien, médicalement, les conditions prévues contractuellement pour le bénéfice de la prestation, sollicitée ou versée ;
- fixer la date d'entrée définitive en dépendance*.

Au cours de l'expertise médicale, l'assuré peut se faire assister par son propre médecin-expert. Les frais inhérents à l'intervention de ce médecin restent, cependant, à sa charge exclusive.



Sauf cas de force majeure, si l'assuré* ne se présente pas pour l'expertise à la date convenue, il devra régler les frais facturés par l'expert.

En cas de désaccord de l'assuré*, motivé par un certificat médical, sur les conclusions de cette mission, une expertise d'arbitrage immédiate est organisée.

Le médecin arbitre sera choisi par l'assuré* ou son représentant, sur une liste de 3 noms proposés par la mutuelle. À défaut d'entente pour la désignation du médecin arbitre, celui-ci sera choisi, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile* déclaré de l'assuré*, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Lors de l'expertise arbitrale, chacune des parties pourra se faire représenter par le médecin de son choix, dont les frais d'honoraires resteront à sa charge. Les frais de l'expertise arbitrale seront supportés par moitié entre l'assuré* et la mutuelle.

Les prestations ne sont pas dues si l'assuré* refuse de se soumettre à l'expertise ou si l'expertise révèle que les conditions prévues par les garanties ne sont pas réunies. Néanmoins cette procédure n'interdit pas à l'assuré* de faire valoir ses droits devant les juridictions compétentes.

POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances : société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 481 511 632. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

L'assuré* peut contacter les services d'IMA Assurances 24h/24 au n° suivant :

 **N°Cristal 09 69 39 11 10**
APPEL NON SURTAXE

● **Pour les garanties en cas d'immobilisation temporaire* de l'assuré* ou d'indisponibilité de l'aidant* :**

Sauf cas de force majeure, l'assuré* dispose d'un délai de 30 jours à compter de l'événement générateur pour contacter IMA Assurances et demander la mise en oeuvre des garanties.

Pour les garanties Aide à domicile, le délai de demande d'assistance est de **7 jours** à compter de l'événement générateur (l'immobilisation au domicile* ou la sortie d'une hospitalisation). Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé (de 30 jours) et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants.

L'assuré* exprime à IMA Assurances la nature des prestations d'assistance qui vous sont nécessaires. Le nombre d'heures de prestations d'assistance octroyé est ensuite apprécié par IMA Assurances en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés aux proches, et ce sur la base d'éléments objectifs : taille du logement, composition du foyer familial, existence d'aides familiales ou extra-familiales, présence de personnes dépendantes au sein du foyer, degré d'autonomie déterminé en fonction de la capacité de réalisation des actes essentiels de la vie courante.

IMA Assurances se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation*, certificat médical en cas de besoin de répit de l'aidant...).

● **Pour les garanties d'assistance en cas de dépendance :**

L'assuré* dispose d'un délai d'un an à compter de la perte d'autonomie ou de l'aggravation de la perte d'autonomie pour demander la mise en oeuvre des garanties.

Cette mise en oeuvre est soumise à l'envoi à IMA Assurances d'un justificatif de la perte d'autonomie de la personne dépendante (justificatif de perception de l'AEEH, de la PCH, de l'AAH ou de l'APA).

● **Les autres garanties d'assistance peuvent être mises en place sur simple demande de l'assuré* ou de son aidant*.**

Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par IMA Assurances ou en accord préalable avec elle. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

IMA Assurances ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire des garanties aurait engagées de sa propre initiative.

Les transports de personnes prévus dans les garanties d'assistance s'effectuent en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique.

IMA Assurances ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou des événements suivants : pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

En cas de fausse déclaration, les faits seront portés à notre connaissance.

CONSÉQUENCES EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

FAUSSE DÉCLARATION À L'ADHÉSION

Lors de l'adhésion, l'assuré* remplit une déclaration de santé et, si nécessaire un questionnaire médical. **Ces deux documents sont très importants et doivent être complétés avec exactitude.**

En effet, **en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle**, nous pouvons soulever la nullité du contrat dans les conditions prévues à l'article L.221-14 du Code de la mutualité. Dans ce cas, **le contrat sera considéré comme n'ayant jamais existé** : l'assuré* ne percevra aucune prestation en cas de sinistre et nous conserverons les cotisations que vous avez déjà payées à titre de dédommagement.

L'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de la part de l'assuré* dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité des garanties. Dans ce cas, deux situations peuvent se présenter (article L.221-15 du Code de la mutualité) :

- **Aucun sinistre n'a encore eu lieu** : si cela est possible, nous vous proposons de nouvelles conditions d'assurance que vous êtes libre d'accepter ou de refuser. En cas de refus, le contrat est résilié.
- **Si un sinistre a déjà eu lieu** : l'indemnisation de l'assuré* sera réduite. La prestation versée sera proportionnelle à la cotisation effectivement payée, par rapport à la cotisation due si ses déclarations avaient été complètes et exactes.

DÉCHÉANCE DES GARANTIES EN CAS DE FRAUDE

Toute réticence à un contrôle, à une expertise médicale ou toute déclaration intentionnellement fausse lors du sinistre de la part de l'assuré* ou de ses ayants droit, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à son état civil, la date, les circonstances, les origines de la dépendance font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernée(s) et peuvent entraîner votre radiation et la fin du contrat, au jour de la première fausse déclaration.

Nous sommes alors en droit de réclamer le remboursement des prestations versées à tort.

DURÉE DU CONTRAT

La première période d'assurance se termine à la date indiquée au certificat individuel de garantie. Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année le 1^{er} avril, à la date d'échéance* annuelle, pour une durée d'un an, sous réserve des dispositions figurant à l'article "Résiliation du contrat".

RENONCIATION

La réception du certificat individuel de garantie vous informant de la prise d'effet du contrat marque le point de départ du délai de renonciation. Dans les 30 jours calendaires révolus suivants, vous pouvez renoncer au contrat Garantie Autonomie et Dépendance en nous adressant votre demande par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment :

- par courrier postal à l'adresse suivante : **Macif** - CS 69109 - 79061 Niort cedex 9 ;
- par courrier électronique à l'adresse suivante : **contrat_prevoyance@macif.fr** ;
- par déclaration en point d'accueil physique Macif ou au siège social d'Apivia Macif Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire.

Votre demande doit être établie selon le modèle suivant : *"Je soussigné(e) (nom, prénom(s), n° d'adhérent*, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat Garantie Autonomie et Dépendance souscrit en date du ... Date et signature."*

Les cotisations payées seront intégralement remboursées à l'adhérent* dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande.

MODIFICATION DES GARANTIES

La modification des garanties peut être demandée à tout moment.

S'il s'agit d'une **augmentation de garanties**, de nouvelles formalités médicales sont exigées avant l'acceptation de la demande. La modification prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation de la demande par notre service médical. Nous appliquerons également un nouveau délai d'attente* pour la différence de garantie.

S'il s'agit d'une diminution **de garantie**, la modification prendra effet à l'échéance* principale suivant votre demande.

REVALORISATION DES GARANTIES

Pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie, les garanties peuvent être revalorisées, à l'échéance* principale, en fonction d'un taux fixé par Apivia Macif Mutuelle et dans

la limite des disponibilités du fonds de revalorisation du présent contrat. L'abandon de ce système de revalorisation n'est pas possible.

Le fonctionnement du fonds de revalorisation est décrit dans le règlement général du produit autonomie et dépendance que nous tenons à votre disposition.

COTISATION



Dès que l'assuré* est reconnu en situation de dépendance avec un classement en GIR* compris entre 1 et 4, plus aucune cotisation n'est due au titre du contrat.

• Comment est calculée la cotisation ?

Le montant de la cotisation est calculé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge de l'assuré* et de ses déclarations lors de l'adhésion et en cours de vie du contrat.

• Comment évolue la cotisation ?

La revalorisation des prestations entraîne automatiquement la revalorisation, dans la même proportion, de la cotisation. Par ailleurs, le montant de la cotisation peut être révisé par la Mutuelle, notamment en cas d'évolution législative ou réglementaire, du taux technique ou si l'équilibre du contrat le nécessite.

En cas de cumul de la revalorisation automatique et de la révision de la cotisation, l'augmentation de la cotisation sera proportionnellement plus importante que l'augmentation des garanties.

Le changement du montant des cotisations vous est notifié et prend effet à l'échéance* principale.

• Comment payer la cotisation ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Vous pouvez régler la cotisation par chèque (uniquement pour le paiement annuel et semestriel) ou par mandat de prélèvement SEPA.

Vous pouvez demander le fractionnement du paiement de la cotisation (semestriel ou mensuel). **Des frais de fractionnement seront alors appliqués.**

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

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, nous adressons, au dernier domicile* connu de l'adhérent*, une lettre recommandée de mise en demeure précisant que les garanties du contrat seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

Si la valeur de réduction est acquise, le contrat n'est pas résilié mais les garanties d'assurance sont réduites et les garanties d'assistance prennent fin.

RÉSILIATION DU CONTRAT

Vous pouvez résilier le contrat Garantie Autonomie et dépendance à tout moment, en nous adressant votre demande par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment :

- par courrier postal à l'adresse suivante : **Macif** - CS 69109 - 79061 Niort cedex 9 ;
- par courrier électronique à l'adresse suivante : **contrat_prevoyance@macif.fr** ;
- par déclaration en point d'accueil physique Macif ou au siège social d'Apivia Macif Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire.

La résiliation prend effet à la date de réception de la demande.

En cas de modification des garanties par la mutuelle ou d'augmentation de vos cotisations, le contrat peut être résilié dans les mêmes conditions.

Si la valeur de réduction* est acquise, le montant des garanties est réduit en fonction du règlement général du produit Autonomie et Dépendance mais les garanties d'assistance prennent fin.

Si la valeur de réduction* n'est pas acquise, le contrat est résilié à la date de réception du courrier de résiliation.

De notre côté, nous pouvons résilier votre contrat en cas :

- de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, conformément aux dispositions de l'article "Cotisation" ;
- de fausse déclaration non intentionnelle si vous refusez les nouvelles conditions d'assurance qui vous sont proposées (article L.221-15 du Code de la mutualité) ;
- de fausse déclaration au moment du sinistre, conformément aux dispositions de l'article "Déchéance des garanties en cas de fraude".

Dans tous les cas, les garanties cessent de plein droit en cas de :

- survenance de l'état de dépendance pendant le délai d'attente* ;
- séjour à l'étranger de l'assuré* d'une durée continue excédant 12 mois ;
- décès de l'assuré*.

RÉCLAMATIONS

● Pour les garanties d'assurance

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre meilleur interlocuteur. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles. Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation à notre Service Qualité par écrit, à l'adresse suivante :

Macif - Service Qualité
CS 69109
79061 Niort cedex 9

● Pour les garanties d'assistance

En cas de désaccord sur la mise en oeuvre des garanties d'assistance, vous pouvez contacter le **Service Consommateur d'IMA Assurances** :

- ▶ par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9 ;
- ▶ par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si après examen de la réclamation le désaccord persiste, vous devez saisir notre Service Qualité par écrit, à l'adresse suivante :

Macif - Service Qualité
CS 69109
79061 Niort cedex 9

Nous nous attacherons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et au plus tard dans les délais réglementaires.

MÉDIATION EXTERNE

Après épuisement des procédures internes de réclamation décrites à l'article précédent, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :

- ▶ par écrit à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09
- ▶ via son site Internet : www.mediation-assurance.org

Le médiateur se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties qui restent libres de faire valoir leurs droits en justice.

PRESCRIPTION*

Toute action dérivant du contrat est prescrite dans un délai de 2 ans à partir de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, le délai de prescription* ne court qu'à compter du jour où l'assuré* a eu connaissance du sinistre, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là. De même, le délai ne court, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre part, que du jour où nous en avons eu connaissance.

Quand l'action de l'assuré* contre la mutuelle 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 l'assuré* ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription* peut être interrompue :

- par une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée) ;
- par la désignation d'un expert ;
- par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle à l'adhérent* et ayant pour objet le paiement de la cotisation ;
- par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'adhérent*, l'assuré* ou leur ayant droit à la mutuelle et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

SUBROGATION

Si un assuré* est victime d'une atteinte à son intégrité physique causée par un tiers, nous pouvons récupérer auprès de ce tiers les sommes que nous avons payées, conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité.

Nous sommes alors subrogés dans les droits et actions de l'assuré* ou de ses ayants droit. IMA Assurances est également subrogée dans ces droits pour les garanties d'assistance qu'elle assure.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance ainsi qu'à des fins de prospection et gestion commerciale. Elles pourront être transmises aux entités du groupe Macif et notamment à ses partenaires aux mêmes fins.

Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser. Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles> depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à Macif - Direction Générale - Protection des Données Personnelles - 2 et 4 rue de Pied-de-Fond - 79037 Niort cedex 9.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr). Toutes les précisions sur la protection de vos données sont accessibles dans la rubrique données personnelles sur le site du groupe Macif : <https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles>.

Pour les garanties d'assistance "Ma santé au quotidien" et "le service Bien-être", les données recueillies feront l'objet de traitements par IMA Assurances, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance ainsi qu'à des fins de gestion commerciale.

Elles pourront être transmises aux entités du groupe IMA et notamment à ses partenaires aux mêmes fins.

Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Vous pouvez exercer vos droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles par email à dpo@ima.eu ou auprès d'IMA Assurances - À l'attention du Délégué à la Protection des Données Personnelles - Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort cedex 9.

Toutes les précisions sont accessibles en suivant le lien : <http://macif.ima-sante.com/privacy>

A

Accident - Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, conséquence directe et certaine de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent - Personne physique qui souscrit le contrat et fait acte d'adhésion à la Mutuelle et qui, à ce titre, est tenue au paiement des cotisations.

AGGIR - Il s'agit de l'acronyme de "autonomie gérontologique groupes iso-ressources". La grille AGGIR est un outil, utilisé en France, permettant d'évaluer le degré de dépendance ou d'autonomie des personnes dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Aidant - Personne qui vient en aide pour partie ou totalement, à titre non professionnel, à un proche en perte d'autonomie, pour les activités de la vie quotidienne. Peuvent avoir la qualité d'aidant au titre du contrat Garantie Autonomie et Dépendance : l'assuré, aidant d'un proche ainsi que l'aidant de l'assuré.

Assuré - Personne physique, nommément désignée dans la demande d'assurance, sur qui reposent les garanties.

C

Conjoint - Personne unie à l'adhérent* par les liens du mariage, selon les termes du Code civil. Sont assimilés au conjoint : le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), selon les dispositions du Code civil. Le conjoint, ou la personne assimilée, doit en outre vivre en couple avec l'adhérent*, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

D

Délai d'attente - Période suivant la prise d'effet du contrat ou l'augmentation des garanties pendant laquelle l'état de dépendance de l'assuré ne donnera définitivement lieu à aucune prestation.

Domicile - Lieu de résidence de l'assuré* à l'exception des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et des Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

E - F

Échéance principale - Date à laquelle la cotisation annuelle est exigée par la Mutuelle. Chaque échéance détermine le point de départ d'une période d'assurance.

Établissement - Structure d'hébergement et de soins ayant le qualificatif d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

Franchise - Période de dépendance non indemnisée.

G

GIR - Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (GIR).

Caractéristiques du demandeur en fonction du GIR auquel il est rattaché

GIR	DEGRÉS DE DÉPENDANCE
GIR 1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ; ▶ Ou personne en fin de vie.
GIR 2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; ▶ Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
GIR 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
GIR 4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement ; ▶ Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

H - I

Hospitalisation (pour les garanties d'assistance uniquement) - Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit, à l'exclusion des structures de soins telles que les centres de convalescence, les centres de rééducation et les centres de cures thermales.

Hospitalisation programmée (pour les garanties d'assistance uniquement) - Hospitalisation* dont l'assuré* a connaissance depuis plus de 7 jours.

Immobilisation temporaire (pour les garanties d'assistance uniquement) - Impossibilité de poursuivre ses activités quotidiennes du fait d'un accident* ou d'une maladie subite, cet événement entraînant une hospitalisation* ou une immobilisation au domicile* privé non programmée.

M

Maladie - Toute altération de l'état de santé constatée par un médecin et n'ayant pas d'origine accidentelle.

P

Prescription - Délai au-delà duquel toute demande relative au contrat d'assurance n'est plus recevable.

V

Valeur de réduction - Montant de la garantie recalculé lorsque l'adhérent* a interrompu le paiement des cotisations et que plus de 8 ans de cotisations ont été versées.

NOTICE D'INFORMATION DÉTAILLÉE

Afin de permettre à ses membres ayant le statut de travailleurs indépendants (professionnels indépendants et leur conjoint collaborateur, ainsi que les dirigeants non salariés relevant de l'article 62 du Code général des impôts) de bénéficier de l'offre Garantie Autonomie et Dépendance, l'Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective (APPIC) a souscrit auprès d'Apivia Macif Mutuelle (assureur), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, les deux contrats collectifs à adhésion facultative suivants :

- **Le contrat collectif à adhésion facultative n°218.001-A** qui comprend une garantie Rente dépendance dont la cotisation est déductible dans le cadre de la loi Madelin, du 11/02/1994, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (article 154 bis du Code général des impôts).
- **Le contrat collectif à adhésion facultative n°218.001-B** qui comprend une garantie Capital Premiers frais et des garanties d'assistance, dont les cotisations ne sont pas déductibles dans le cadre de la loi Madelin du 11/02/1994, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Les garanties d'assistance prévues dans l'offre Garantie Autonomie et Dépendance, sont assurées par IMA Assurances, entreprise soumise au Code des assurances.

Les contrats collectifs sont régis par le Code de mutualité et la langue utilisée pendant toute la vie des contrats est le français.

Les contrats peuvent être modifiés par un avenant signé entre l'APPIC et Apivia Macif Mutuelle. L'adhérent est informé de ces modifications.

La présente notice d'information reprend les dispositions de ces deux contrats collectifs à adhésion facultative et a pour objet d'informer l'adhérent du contenu des garanties et de leurs modalités d'application.



Si vous êtes un travailleur indépendant, c'est-à-dire :

- un travailleur non salarié non agricole (revenus relevant des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou Bénéfices Non Commerciaux) ;
- un conjoint* collaborateur d'un professionnel indépendant ;
- ou un dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts,

vous pouvez déduire de votre bénéfice imposable les cotisations que vous avez versées au titre des garanties de prévoyance complémentaire souscrites et qui sont éligibles au dispositif fiscal de la loi Madelin, dans la limite des plafonds en vigueur. En contrepartie, la rente servie est imposable.

Nous vous adressons une attestation annuelle de cotisations à conserver à l'appui de votre comptabilité.

Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut et que vous êtes à jour, durant toute la durée de votre adhésion à l'offre Garantie Autonomie et Dépendance, du paiement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de Sécurité sociale.

Pour en bénéficier, vous devez adhérer à l'Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective (APPIC). Les statuts de l'APPIC sont consultables sur le site Internet www.macif.fr.

L'ADHÉSION

CONDITIONS D'ASSURANCE

Pour adhérer à l'offre Garantie Autonomie et Dépendance et bénéficier, en qualité d'assuré*, des garanties y afférentes, vous devez :

- être adhérent à l'APPIC ;
- être un professionnel indépendant, c'est à dire un travailleur non salarié non agricole (revenus relevant des bénéfices industriels et commerciaux ou du bénéfice non commercial) ou conjoint* collaborateur d'un professionnel indépendant ou dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts ;
- résider en France métropolitaine ou séjourner à l'étranger pour une durée continue n'excédant pas 12 mois ;
- être âgé d'au moins 40 ans et de moins de 71 ans.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Outre les formalités d'adhésion auxquelles vous devez satisfaire et qui sont identiques à celles décrites dans le Règlement mutualiste ci-avant, vous devez être à jour, pendant toute durée de votre adhésion, du paiement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de Sécurité sociale, pour bénéficier du cadre fiscal de la loi Madelin.

Pour connaître le détail des formalités, reportez-vous au chapitre "L'adhésion" et à l'article "Les formalités d'adhésion" du Règlement mutualiste ci-avant.



Si vous perdez la qualité de travailleur indépendant, vous devez nous en informer dans les meilleurs délais. Vous ne pourrez plus bénéficier du régime fiscal de la loi Madelin.

PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Si la demande d'assurance est acceptée sans réserve, le contrat prend effet à la date figurant sur cette demande. Celle-ci ne peut en aucun cas être antérieure à la remise de la demande d'assurance à un représentant d' Apivia Macif Mutuelle ou à sa date d'envoi, le cachet de la Poste faisant foi.

Si la demande fait l'objet d'une étude par notre service médical, le contrat prendra effet au plus tôt à la date d'acceptation par ce service.

Dans tous les cas, la date d'effet du contrat est indiquée dans le certificat individuel de garantie.

LA PRÉSENTATION DES GARANTIES

Pour prendre connaissance des garanties qui composent votre offre Garantie Autonomie et Dépendance, reportez-

vous au chapitre "La présentation des garanties" du Règlement mutualiste ci-avant.

LES GARANTIES D'ASSURANCE

LA RENTE DÉPENDANCE

Les conditions et modalités de versement de la rente dépendance de votre offre Garantie Autonomie et Dépendance sont identiques à celles décrites dans le Règlement mutualiste.

Pour en connaître le détail, reportez-vous au chapitre "Les garanties d'assurance" et à l'article "La rente dépendance" du Règlement mutualiste ci-avant.

LE CAPITAL PREMIERS FRAIS

Les conditions et modalités de versement du Capital premiers frais de votre offre Garantie Autonomie et Dépendance sont identiques à celles décrites dans le Règlement mutualiste.

Pour en connaître le détail, reportez-vous au chapitre "Les garanties d'assurance" et à l'article "Le Capital premiers frais" du Règlement mutualiste ci-avant.



Toutefois, pour les travailleurs indépendants, la garantie **Capital Premiers Frais** n'entre pas dans le champ d'application de la loi Madelin.

Les cotisations dues au titre de cette garantie ne sont donc pas déductibles de votre bénéfice imposable. Les cotisations afférentes à cette garantie n'apparaissent donc pas sur l'attestation que nous vous adressons.

TERRITORIALITÉ

La territorialité des garanties d'assurance de votre offre Garantie Autonomie et Dépendance est identique à celle décrite dans le Règlement mutualiste.

Pour en connaître le détail, reportez-vous au chapitre "Les garanties d'assurance" et à l'article "Territorialité des garanties d'assurance" du Règlement mutualiste ci-avant.

EXCLUSIONS DE GARANTIE

Les exclusions de garantie de votre offre Garantie Autonomie et Dépendance sont identiques à celles décrites dans le Règlement mutualiste.

Pour en connaître le détail, reportez-vous au chapitre "Les garanties d'assurance" et à l'article "Exclusions des garanties d'assurance" du Règlement mutualiste ci-avant.

DÉLAIS D'ATTENTE

Votre adhésion à l'offre Garantie Autonomie et Dépendance est soumise aux mêmes délais d'attente que ceux décrits dans le Règlement mutualiste.

Pour en connaître le détail, reportez-vous au chapitre "Les garanties d'assurance" et à l'article "Délais d'attente" du Règlement mutualiste ci-avant.

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Vous bénéficiez de l'intégralité des garanties d'assistance décrites dans le règlement mutualiste.

Vous pouvez contacter les services d'IMA Assurances 24h/24 au n° suivant :

 **N°Cristal 09 69 39 11 10**
APPEL NON SURTAXE



Toutefois, pour les travailleurs indépendants, **les garanties d'assistance n'entrent pas dans le champ d'application de la loi Madelin.**

Les cotisations dues au titre de ces garanties ne sont donc pas déductibles de votre bénéfice imposable. Les cotisations afférentes à ces garanties n'apparaissent donc pas sur l'attestation que nous vous adressons.

Pour connaître le détail des garanties d'assistance, reportez-vous au chapitre "Les garanties d'assistance" du règlement mutualiste ci-avant.

LES FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

En cas de dépendance, vous devez vous conformer aux formalités décrites dans le Règlement mutualiste.

Pour connaître le détail de ces formalités, reportez-vous au chapitre "Les formalités en cas de sinistre" du Règlement mutualiste ci-avant.

LA VIE DU CONTRAT

Les règles qui régissent la vie de votre contrat Garantie Autonomie et Dépendance sont identiques à celles décrites dans le Règlement mutualiste.

Pour en connaître le détail, reportez-vous au chapitre "La vie du contrat" du Règlement mutualiste ci-avant.