Assurance Prévoyance collective

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par Macif Santé Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501.

Produit : contrat GARANTIE PRÉVOYANCE DES INDÉPENDANTS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'offre Garantie Prévoyance des Indépendants prévoit des garanties de prévoyance temporaire destinées aux professionnels indépendants, c'est-à-dire aux travailleurs non salariés non agricoles (revenus relevant des bénéfices industriels et commerciaux ou du bénéfice non commercial) et leur conjoint collaborateur ainsi que les dirigeants non salariés relevant de l'article 62 du Code Général des Impôts et aux micro-entrepreneurs. Elle couvre l'assuré contre les risques de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), d'invalidité ou d'arrêt de travail temporaire consécutifs à une maladie ou un accident. Il permet également de bénéficier de garanties d'assistance. Il permet de bénéficier du contrat fiscal de la loi Madelin pour les garanties éligibles au dispositif.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Le contrat Garantie Prévoyance des Indépendants est un contrat **à la carte**, qui permet à l'assuré de sélectionner, selon ses besoins et le niveau de couverture souhaité, les garanties décès/PTIA, invalidité, arrêt de travail. Sous réserve de satisfaire aux formalités d'adhésion, il est possible d'opter pour différentes combinaisons de garanties, sauf exceptions signalées ci-après.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (au choix de l'assuré et en fonction de ses besoins)

✓ **Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**

Le contenu de la garantie en cas de décès varie en fonction de la formule choisie par l'assuré, au moment de l'adhésion :

- Capital forfaitaire à partir de 15 000 € au choix de l'assuré, versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré. Le capital forfaitaire peut être versé à l'assuré de façon anticipée en cas de PTIA.
  Garanties complémentaires possibles si le capital souscrit est d'au moins 25 000 € :
  - avance de 4 000 € sur le Capital forfaitaire, versée au bénéficiaire désigné ;
  - doublement du Capital forfaitaire en cas de décès ou PTIA si le sinistre est consécutif à un accident.
- Rente temporaire Décès/PTIA versée mensuellement, pendant 10 ans, au bénéficiaire désigné à compter du décès ou versée à l'assuré en cas de PTIA.
  Garantie complémentaire possible si le capital constitutif souscrit est d'au moins 25 000 € :
  - doublement de la rente temporaire en cas de décès ou PTIA si le sinistre est consécutif à un accident.
- Rente viagère à partir de 150 € / mois, versée au bénéficiaire en cas de décès ou versée à l'assuré en cas de PTIA.
- Rente temporaire éducation à partir de 150 € / mois, versée au(x) enfant(s) désigné(s) en cas de décès ou PTIA.

✓ **Invalidité**

- Rente Invalidité, à partir de 210 € / mois, au choix de l'assuré.
  En inclusion : une garantie Exonération de cotisations.
  Garantie complémentaire possible :
  - option Capital Invalidité à partir de 15 000 € ayant pour objet de faire face aux frais liés à l'aménagement du domicile ou du cadre professionnel et aux frais de reconversion professionnelle.

✓ **Arrêt de travail temporaire**

- Indemnités journalières à partir de 7 € / jour, au choix de l'assuré.
  En inclusion : une garantie Exonération de cotisations.
  Garanties complémentaires possibles :
  - rachat de franchise en cas d'hospitalisation (pour les franchises 15 et 30 jours) ;
  - indemnités journalières relais qui prévoit une indemnisation lorsque le régime obligatoire de Sécurité sociale des indépendants n'intervient plus ;
  - indemnités journalières complémentaires frais professionnels ;
  - rachat d'exclusions des affections disco-vertébrales.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

✓ Assistance en cas d'immobilisation temporaire.

✓ Assistance obsèques (service d'information téléphonique, aide à domicile, aide à l'organisation des obsèques).

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

✗ Les sinistres survenus en dehors de la période de validité du contrat ;

✗ Les dépenses de soins de santé occasionnées par une maladie ou un accident.

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

Les exclusions communes à toutes les garanties (hors garanties d'assistance).

! Le suicide durant la 1re année d'assurance.

! les maladies ou accidents résultant d'acrobaties ou de tentatives de records, réalisées lors de l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur.

! les maladies ou accidents résultant de sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur lorsque cette activité sportive est pratiquée au sein d'un club ou d'une association affilié(e) à une fédération.

Les exclusions spécifiques aux garanties Invalidité, PTIA et Arrêt de travail temporaire.

! Les conséquences des accidents de la route survenus lorsque l'assuré conduit un véhicule terrestre à moteur sous l'empire d'un état alcoolique et des accidents liés à l'utilisation de stupéfiants ou psychotropes.

! Les conséquences des tentatives de suicide ou d'automutilations.

Les exclusions spécifiques aux garanties Invalidité et Arrêt de travail temporaire.

! Les dépressions, y compris les dépressions réactionnelles, les troubles anxieux, anxio dépressifs et névrotiques, les troubles du sommeil (hypersomnie ou insomnie), le burn-out, l'épuisement, le syndrome de fatigue chronique, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement et de la personnalité, l'anorexie, la maladie bipolaire, les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs), la fibromyalgie, les douleurs chroniques sans cause connue (Syndrome Douloureux Régional Complexe ou SDRC), les manifestations somatiques, ainsi que celles liées au stress qui n'ont pas donné lieu à une hospitalisation de plus de 10 jours.

Les exclusions spécifiques à la garantie Arrêt de travail temporaire

! Toutes les affections disco-vertébrales prévues au premier alinéa de l'article "Exclusions spécifiques à la garantie Arrêt de travail temporaire" de votre note d'information détaillée.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

! Couverture à partir d'un taux d'incapacité minimum de 33 % pour la garantie Rente Invalidité et l'option Capital Invalidité.

! Franchise pour la garantie Arrêt de travail temporaire (15, 30, 60, 90, 180 ou 365 jours au choix de l'assuré).

! Délai d'attente de 90 jours en cas d'invalidité ou d'arrêt de travail temporaire consécutif à une maladie. Ce délai est porté à 180 jours en cas d'affections psychiatriques listées à l'article "DÉLAIS D'ATTENTE" de votre note d'information détaillée ou en cas de souscription de l'option rachat d'exclusions des affections disco-vertébrales prévues au premier alinéa de l'article "Exclusions spécifiques à la garantie Arrêt de travail temporaire" de votre note d'information détaillée.

! Les déplacements à l'étranger ne doivent pas excéder une durée continue de 12 mois.

Où suis-je couvert(e) ?

✓ **Décès/PTIA** : en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à la Réunion et lors de déplacements dans le monde entier si ceux-ci n'excèdent pas 12 mois consécutifs.

✓ **Invalidité et Arrêt de travail temporaire** : en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à la Réunion ainsi que les déplacements dans l'Union européenne, Suisse, Royaume-Uni, Liechtenstein, Saint-Marin, Vatican et Andorre. Ces garanties sont étendues aux déplacements dans tous les autres pays sous réserve qu'il y ait eu hospitalisation. S'il n'y a pas eu d'hospitalisation, l'indemnisation ne débutera qu'après la première constatation médicale en France métropolitaine.

✓ **Les garanties d'assistance** : France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Guyane, la Réunion, à l'exception de la garantie "Rapatriement déplacement" qui est accordée lors de vos déplacements dans le monde entier d'une durée maximale continue inférieure à 3 mois.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine, le cas échéant, de nullité du contrat d'assurance, de réduction de l'indemnité ou de non garantie, l'assuré doit :

À la souscription :
- être un professionnel indépendant, adhérent à **l'Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective (APPIC)**, être à jour du paiement des cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie pour bénéficier du cadre fiscal de la loi Madelin et fournir les justificatifs demandés par l'assureur ;
- être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 67 ans pour les garanties Décès/PTIA et de moins de 62 ans pour les garanties Invalidité et Arrêt de travail temporaire ;
- résider en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à la Réunion ou séjourner à l'étranger pour une durée continue n'excédant pas 12 mois ;
- répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans la déclaration de santé et, si nécessaire, dans le questionnaire médical ;
- déclarer sa profession et ses revenus ;
- déclarer les éventuels sports et/ou activités à risques exercés ou séjours à l'étranger ;
- signer la demande d'assurance et fournir la copie d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- le cas échéant, désigner les bénéficiaires en cas de décès.

Durant le contrat :
- payer la cotisation prévue au contrat et être à jour du paiement des cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie pour continuer à bénéficier du cadre fiscal de la loi Madelin ;
- signaler à l'assureur tout changement de situation familiale, d'activité professionnelle, sportive, ou de revenus et l'informer de tout changement de bénéficiaire désigné.

En cas de sinistre :
- fournir les justificatifs demandés ;
- pour la garantie Invalidité : déclarer le sinistre dans les 45 jours suivant sa prise de connaissance et exercer une activité professionnelle effective et rémunérée au jour du sinistre ;
- pour la garantie Arrêt de travail : déclarer le sinistre dans les 10 jours suivant l'expiration de la franchise et exercer une activité effective et rémunérée au jour du sinistre ;
- le cas échéant, se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur.

Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat.

Le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours qui suivent l'échéance. En cas de non paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier le contrat.

Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour le paiement annuel) ou par mandat de prélèvement SEPA. Il est possible de demander le fractionnement du paiement de la cotisation (semestriel ou mensuel). Des frais de fractionnement sont alors appliqués.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Si la demande d'assurance est acceptée sans réserve, l'adhésion prend effet à la date figurant sur la demande d'assurance.
- Si la demande fait l'objet d'une étude par le service médical de l'assureur, le contrat prendra effet au plus tôt à la date d'acceptation de ce service.

Toutefois, dans ce dernier cas, l'assuré bénéficie, pendant le délai d'étude de sa demande et pendant 60 jours maximum, d'une prise d'effet immédiate des garanties en cas de décès accidentel (cette garantie est uniquement accordée lors de la 1re demande et est limitée au montant souscrit, avec un maximum de 76 000 €). Dans tous les cas, la date d'effet de l'adhésion est indiquée dans le certificat individuel de garantie.
L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 30 jours à compter de la prise d'effet des garanties.
L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction pour une même durée, chaque année au 1er avril, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Les garanties cessent :
- Décès et Assistance : à l'échéance principale suivant le 80e anniversaire de l'assuré ;
- PTIA : à l'échéance principale suivant le 75e anniversaire de l'assuré ;
- Invalidité et Arrêt de travail : le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à l'échéance principale suivant la date à laquelle l'assuré atteint l'âge légal de départ en retraite à taux plein.

Toutes les garanties cessent également :
- en cas de décès ou de PTIA de l'assuré ;
- en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation ;
- lorsque le séjour à l'étranger de l'assuré excède 12 mois continus ;
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle si l'assuré refuse les nouvelles conditions d'assurance qui lui sont proposées ;
- en cas de fausse déclaration intentionnelle à l'adhésion ou en cours de sinistre de la part de l'assuré ;
- en cas de changement de profession si le souscripteur refuse la nouvelle tarification des garanties ;
- en cas d'exercice, par l'assureur, de son droit de résiliation à l'échéance, pendant les deux premières années de l'adhésion si les garanties Invalidité et/ou Arrêt de travail temporaire ont été souscrites ;
- en cas de perte de la qualité de professionnel indépendant ou de conjoint collaborateur ou micro-entrepreneur ou si les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut dénoncer son adhésion à l'offre Garantie Prévoyance des Indépendants, à tout moment par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité (notamment par voie électronique via l'Espace Assurance sur le site www.macif.fr, par courrier postal, électronique ou par déclaration au siège social de Macif Santé Prévoyance). La résiliation prend effet à la date de réception de la demande.

Si vous imprimez ce document, pensez à le trier !

LE TRI FACILE