

Notice d'information  
**MAIF VIE**

# **ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE**



**Important :**

Le contrat de l'assuré comporte :

la présente notice d'information (valant les conditions générales) qui définit les conditions d'application, précise le fonctionnement du contrat ainsi que le contenu des garanties Assistance ;

la demande d'adhésion qui précise les garanties choisies, adapte les dispositions générales à la propre situation de l'assuré et fixe les règles particulières définies entre MAIF VIE et l'assuré ;

les éventuels avenants ultérieurs.

La notice d'information de votre adhésion est un document juridique essentiel.

Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants.

# Sommaire

pages

1 - Présentation des contrats d'assurance de groupe	4
2 - Les conditions d'admission	6
<b>Les garanties de prévoyance</b>	<b>8</b>
3 - Lexique des garanties de prévoyance	8
4 - Le contenu des garanties	12
5 - Évolution des garanties	25
6 - La mise en œuvre des garanties	25
7 - Ce que votre adhésion ne couvre pas - Les exclusions	30
8 - Combien de temps êtes-vous garanti ?	32
9 - La cotisation	35
10 - Les informations à porter à notre connaissance	36
11 - Que faire en cas de réclamation ?	36
<b>Les garanties d'assistance</b>	<b>38</b>
12 - Lexique des prestations d'assistance	38
13 - Dispositions relatives à l'assistance	39
14 - Le contenu des garanties d'assistance	40
15 - La mise en œuvre des garanties d'assistance	46
16 - Ce que vos garanties d'assistance ne couvrent pas - Les exclusions	47
17 - Que faire en cas de réclamation sur l'assistance ?	48
<b>Dispositions générales</b>	<b>49</b>
18 - Prescription	49
19 - Protection des données à caractère personnel	49
20 - Lutte anti-blanchiment	50
21 - Autorité de contrôle	50
22 - Juridiction compétente	50
<b>Annexe</b>	<b>51</b>



Termes renvoyant aux lexiques.

# 1 - PRÉSENTATION DES CONTRATS D'ASSURANCE DE GROUPE

**ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE** correspond à deux contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative établis sous les numéros 2021-209 et 2021-210, régis par le Code des assurances ci-après dénommés « le contrat » ou « la convention ».

Ils sont souscrits auprès de :

MAIF VIE, société anonyme d'assurance régie par le Code des Assurances, au capital de 122 000 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 330 432 782 dont le siège social est situé 50 avenue Salvador Allende - Le Pavois - 79029 Niort cedex 9.

Et de,

La Mutuelle Assurance des Instituteurs de France (MAIF), société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 200 avenue Salvador Allende - 79038 Niort cedex 9.


Ci-après dénommés « l'assureur »,

Par l'association Solidarité Autonomie et Prévoyance (ASAP), association sans but lucratif régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, dont le siège est à Niort, 50 avenue Salvador Allende, enregistrée sous le numéro W792002865 à la Préfecture de Niort - dénommée « l'association » ou « association souscriptrice », au profit de ses adhérents.

L'assureur mandate Cbp France pour opérer la gestion des adhésions au contrat ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE.

Pour toute opération, vous pouvez contacter Cbp France - CS 20008 - 44967 Nantes cedex 9.

## 1.1 - Objet du contrat



Le contrat a pour objet de proposer une couverture de prévoyance complémentaire aux membres de l'association Solidarité Autonomie et Prévoyance (ASAP) qui répondent aux conditions d'admission et de garantir l'assuré, selon son choix, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité, d'invalidité, de survenance d'une **maladie redoutée** .

Le contrat prévoit également des prestations d'assistance.

## 1.2 - Cadre réglementaire et fiscal

Le contrat est régi par le Code des assurances. Il relève des branches 20 (Vie-décès), 1 (Accident), 2 (Maladie), 16 (Pertes pécuniaires diverses) et 18 (Assistance) de l'article R321-1 du Code des assurances.

Le contrat d'assurance de groupe prend effet le 15 juillet 2021 et dure jusqu'au 31 décembre 2021. Il se renouvelle ensuite annuellement, chaque 1<sup>er</sup> janvier, par tacite reconduction. Le contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par l'assureur ou l'association contractante moyennant un préavis de 6 mois.

Pour les prestations en cas de décès, le capital transmis est soumis aux droits de mutation à titre gratuit dans les conditions prévues à l'article 757B du Code général des impôts et/ou à la taxation prévue par l'article 990I du Code général des impôts. Le capital transmis est totalement exonéré lorsque le **bénéficiaire**  est le **conjoint**  de l'assuré, ou son partenaire lié par un Pacs, ou, sous certaines conditions précisées à l'article 7960Ter, son frère ou sa sœur.

Les prestations en cas de vie (indemnités journalières et prestations d'invalidité) ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu sauf en cas d'adhésion suivant le dispositif Madelin.

L'adhésion peut être conclue dans le cadre de la loi du 1<sup>er</sup> février 1994, dite loi Madelin, qui autorise la déduction fiscale des cotisations payées au titre des garanties en rente et indemnités journalières. En contrepartie, les prestations versées au titre de ces garanties seront imposables sur le revenu.

Pour un travailleur indépendant, artisan, commerçant ou profession libérale, qui souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale dans le cadre du dispositif réservé aux travailleurs non-salariés non agricoles (article L144-1 du Code des assurances), dite « **Loi Madelin** », la souscription intervient dans le cadre d'une adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 2021-209 conclu entre MAIF VIE et MAIF, d'une part et l'association Solidarité Autonomie et Prévoyance (ASAP), d'autre part.

Dans ce cadre l'adhérent doit être à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

En dehors de ce cadre juridique de la « Loi Madelin », l'adhésion se fait dans le cadre du contrat d'assurance de groupe n° 2021-209 (contrat non Madelin).

Si, en cours d'adhésion, l'adhérent change de statut de travailleur non salarié non agricole à travailleur salarié : un délai de 2 mois à compter de la date de connaissance de la perte du statut de travailleur non salarié est accordé au client ayant perdu son statut. Durant ce délai l'ensemble de ses garanties reste maintenu mais dans le cadre fiscal « non Madelin » uniquement. Passé ce délai, l'adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 2021-209 ne pouvant être maintenue, sera résiliée.

### **En cas d'évolutions ultérieures**

En cas de modification du contrat portant sur les droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit en application de l'article L141-4 du Code des assurances, par l'association contractante dans un délai **de 3 mois au minimum** avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Suite à ces modifications, les adhérents qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.

En cas de résiliation du contrat, les adhérents en seront informés moyennant un préavis de 3 mois et continueront à bénéficier des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de leur adhésion, moyennant le paiement des cotisations d'assurance et associative. La gestion des adhésions en cours se poursuivra chez l'assureur.

### **Langue applicable**

Le contrat et les adhésions sont soumises au droit français et notamment au Code des assurances. La langue utilisée en cours de contrat sera la langue française.

## 2 - LES CONDITIONS D'ADMISSION

Le terme «adhérent/assuré» désigne la **personne physique** qui adhère à l'association et aux conventions précitées. C'est également la personne qui bénéficie des garanties des présentes conventions.

### **Pour pouvoir adhérer et être assuré à l'une de ces conventions, il faut obligatoirement :**

- être âgé de 18 ans au moins et ne pas avoir atteint son 65<sup>e</sup> anniversaire ;
- exercer une activité professionnelle en tant que :

#### **a- TNS et gérants majoritaires :**

- 1 - gérants majoritaires relevant des formes juridiques suivantes : SARL, SELARL, SELURL, EURL, EARL, SNC, SELCA, Sociétés en participation ;
- 2 - professions libérales ;
- 3 - travailleur non salarié ;
- 4 - commerçant ;
- 5 - artisan ;
- 6 - entrepreneur individuel, auto-entrepreneur, micro-entrepreneur ;
- 7 - peintre/sculpteur/auteur/traducteur relevant de la gestion de la maison des Artistes ou de l'AGESSA ;
- 8 - conjoint Collaborateur à condition qu'il en ait le statut social, participant effectivement et habituellement sans être rémunéré à l'activité professionnelle du travailleur non salarié.

La souscription du conjoint collaborateur est subordonnée à celle du travailleur non salarié.

#### **b- Mandataires sociaux :**

Mandataires sociaux relevant de formes juridiques et fonctions suivantes : président et directeur de SA, SAS, SASU, SELAS, gérant majoritaire de SARL ou SELARL.

Les listes a-TNS et gérants majoritaires et b-Mandataires sociaux ne sont pas exhaustives ;

- résider et exercer votre activité professionnelle de manière effective et totale, en France métropolitaine, dans un département et région d'outre-mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique) ;
- avoir satisfait aux formalités médicales.

**Sont expressément exclus des garanties, les personnes exerçant une des professions suivantes ou travaillant dans un des domaines d'activités suivants :**

- cascadeurs ;
- chauffeur de poids lourds chauffeur routier - transporteur chauffeur de bus - transport touristique - chauffeur de taxis ;
- convoyeurs de fonds ;
- intermittents du spectacle ;
- policiers, militaires de carrière ;
- garde du corps, détective privé, surveillance, sécurité (agent de sécurité, maître-chien, vigiles) ;
- magnétiseur, radiesthésiste, médium ;
- marchands forains ;
- professions du cirque, de la danse et des spectacles divers ;
- missions humanitaires à l'étranger (infirmier/médecin/vétérinaire sans frontières, missionnaires) ;
- pilote d'avion, d'hélicoptère ou de prototype, parachutiste ;
- pompiers professionnels, lutte contre les incendies et autres catastrophes ;
- secouriste, sauveteurs en mer ou en montagne, guide ou travailleur de haute montagne, guide de chasse/safari ;
- sportifs professionnels ;
- transport d'explosifs ou de matières dangereuses ;
- travail avec manipulation d'explosifs ou de substances chimiques et/ou toxiques (désinfection, dératisation, artificier, pyrotechnicien, pisteur-artificier, démolisseur) ;
- travail en hauteur supérieure à 20 mètres (monteur d'échafaudages et de grues) ;
- travail en lien avec l'exploitation minière (mineur, mineur de fond, mineur de surface), pétrolière (exploitant offshore/on shore), nucléaire/atomique ;
- travail souterrain ou sous-marin, marin pêcheur, docker, arrimeur, garde-côtes, travailleur en haute mer ;
- travail sur site d'exploitation forestière, bûcheron, débardeur, élagueur, garde-chasse, exploitants forestiers, forestier.

**L'assuré ne doit appartenir à aucune de ces professions, et les garanties le concernant cesseront automatiquement si celui-ci changeait de profession au cours de l'assurance pour une des professions ci-dessus.**

**Par ailleurs, les artistes de mode, de cinéma ou de la télévision (mannequin, auteur/écrivain, inventeur, compositeur, politiciens, artistes-peintres) ne pourront adhérer qu'aux garanties de base Décès/PTIA, double effet et assistance.**

### **Dispositif Madelin**

- Si l'assuré souhaite bénéficier du régime fiscal prévu par la loi n° 94-126 du 11/02/1994 dite « Loi Madelin » (contrat d'assurance de groupe ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE 2021- 209), il doit obligatoirement :
  - relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux ou des bénéficiaires non commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ;
  - être à jour du paiement de ses cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels il est affilié.
- En dehors de ce cadre juridique de la « Loi Madelin », l'adhésion se fait dans le cadre du contrat d'assurance de groupe n°-2021-210 (contrat non Madelin).

### **Étendue territoriale de l'adhésion**

Hors de l'Union européenne

Si l'assuré est amené à se déplacer pour des raisons professionnelles et/ou personnelles hors des pays de l'Union européenne, pour une durée supérieure à 90 jours par an (au cumul des séjours réalisés sur l'année civile), il devra préalablement en avvertir par écrit Cbp dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a connaissance.

Si l'incapacité temporaire totale de travail survient hors de France, c'est la date de point de première constatation médicale en France ou dans les **Drom** 📖 qui sert de point de départ à la garantie, l'indemnisation démarre au terme de la **franchise** 📖 souscrite.

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation démarre au terme de la franchise souscrite et ne se poursuivra pas au-delà du jour de la sortie de l'hôpital, sauf retour en France métropolitaine, ou dans les Drom.

Au sein de l'Union européenne

L'indemnisation en incapacité temporaire totale de travail toutes causes ou par **accident** 📖 démarre au terme de la franchise souscrite et au plus tôt à compter du rapatriement en France métropolitaine, ou dans les Drom.

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation démarre au terme de la franchise souscrite et ne se poursuivra pas au-delà du jour de la sortie de l'hôpital, sauf retour en France métropolitaine, ou dans les Drom.

# Les garanties de prévoyance

## 3 - LEXIQUE DES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

### Accident

L'accident est défini comme une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine, violente, et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont pas considérés comme des accidents et sont donc traités dans les mêmes modalités que la maladie, les pathologies du rachis notamment lumbago, sciatiques, hernies pariétales, musculaires et discales, alors même que ces affections seraient d'origine traumatique. De même, les crises d'épilepsie, de delirium tremens, les affections d'origine neuropsychique, les ruptures d'anévrisme, les infarctus du myocarde, les embolies cérébrales ou hémorragies méningées ne sont pas considérés comme des accidents.**

### Affection

Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (accident ou maladie).

### Barème de droit commun

Le barème de droit commun du concours médical correspond au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun.

Il sert à mesurer l'étendue de la diminution des aptitudes de la personne à la suite de lésions corporelles et permet ainsi de traiter de façon égalitaire les victimes face à l'évaluation pécuniaire des préjudices. Il tient compte également de l'évolution des techniques médicales et des progrès des thérapeutiques.

Il est élaboré et actualisé par des médecins spécialistes.

### Bénéficiaire

Personne désignée par l'adhérent/assuré comme bénéficiaire des sommes garanties en cas de décès de l'assuré. Le bénéficiaire est mentionné dans le certificat d'adhésion ou peut avoir été désigné ultérieurement par l'adhérent/assuré sous réserve que cette désignation ait été portée à la connaissance de MAIF VIE.

### Certificat d'adhésion

Document qui est remis à l'assuré confirmant l'adhésion à l'une des conventions ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE.

### Conjoint

Si vous êtes marié : votre époux ou épouse, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ;

Si vous êtes pacsé : votre partenaire avec lequel vous avez conclu un Pacte civil de solidarité, en vigueur à la date du sinistre.


### Consolidation

Stabilisation durable de votre état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de votre état de santé.

### Créateur

Personne ayant créé son entreprise depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au certificat d'adhésion.

### Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au certificat d'adhésion. **Tout sinistre  survenu pendant ce délai est exclu des garanties.**

### Dividendes

Revenus de capitaux mobiliers tirés de l'activité professionnelle et déclarés à l'Administration fiscale.

### Drom (Département et régions d'outre-mer)

Guadeloupe, Martinique, Réunion à l'exclusion de Mayotte et de la Guyane.



### Enfant à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'assuré :

- rattachés au foyer fiscal de l'assuré ;
- non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire à la suite d'une décision de justice ;
- enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré.

### Franchise

Nombre minimum de jours consécutifs d'incapacité au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due.

### Hospitalisation

Est considérée comme une hospitalisation, un séjour en hôpital d'au moins 24 heures ou une hospitalisation de jour pour autant que cela concerne une intervention chirurgicale avec une anesthésie générale et un suivi post opération en salle de réveil.



### Lettre recommandée électronique

Pour être conforme et recevable, une lettre recommandée électronique doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier ce tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire conformément aux dispositions de l'article L100 du Code des Postes et des communications électroniques.

### Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et indépendante.

### Rechute

Est considérée comme une rechute tout nouvel arrêt de travail résultant de l'**affection**  initiale, toute aggravation de l'affection initiale ou toute apparition d'une nouvelle affection résultant du **sinistre**  initial et survenant dans les deux mois de l'affection initiale ou du sinistre initial.

### Repreneur


Personne qui a acquis le statut de travailleur non salarié suite à la reprise d'une entreprise ou suite à la modification de forme sociale de son entreprise, depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au certificat d'adhésion.

Est également considérée comme repreneur le travailleur non salarié qui a repris une entreprise en qualité de travailleur non salarié depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au certificat d'adhésion.

### Résidence

Lieu de résidence fiscale de l'adhérent/assuré où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels et où il habite habituellement et effectivement avec sa famille pendant au minimum 6 mois au cours d'une année civile.

### Revenus professionnels

Revenus professionnels annuel net (**dividendes**  compris) moyen, déduction faite des charges liées à l'exercice professionnel, déclaré à l'Administration fiscale au cours des deux dernières années au titre de l'activité professionnelle mentionnée sur la demande d'adhésion.

### Sinistre

Événements donnant lieu à garantie au titre de votre adhésion aux conventions ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE Non Madelin n°2021-210 et/ou ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE Madelin n° 2021-209.

### Temps partiel thérapeutique (ou mi-temps thérapeutique)

Arrêt de travail à temps partiel pour raison médicale sur prescription de votre médecin.

### 3.1 - Dispositions générales

Les contrats d'assurance de groupe ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE Madelin (n° 2021-209) et Non Madelin (n° 2021-210) comprennent deux(2) niveaux de garanties :

- un niveau initial, lequel comprend des garanties de base : la garantie Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes, la garantie double effet et les services d'assistance,
- un niveau optionnel lequel comprend les garanties facultatives suivantes : la garantie Décès/PTIA accidentel, la garantie Rente éducation, la garantie Rente temporaire de conjoint, la garantie Incapacité temporaire totale, invalidité permanente partielle ou totale, la garantie Invalidité professionnelle partielle et totale (IP Pro33), la garantie Invalidité professionnelle partielle et totale (IP Pro16), l'option rachat de limitation de garantie Affections discovertébrales/paravertébrales et affections psychiques, la garantie Frais généraux permanents, la garantie Maladies redoutées.

### 3.2 - Nature des garanties

	Désignation des garanties
<b>En inclusion de l'offre</b>	<p><b>Prestations d'assistance</b></p> <p><b>Un accompagnement du TNS pour concilier la vie personnelle et professionnelle dans chaque situation</b> (assistance administrative, accompagnement budgétaire...).</p> <p><b>Une aide pour parer aux difficultés des premiers jours à la suite d'un accident</b> 📖 (aide à la vie quotidienne, conduite des enfants à l'école...).</p> <p><b>Un accompagnement aux nouveaux projets de vie en cas d'invalidité (aide au retour à l'emploi)</b></p> <p><b>Des prestations pour la famille</b> (prise en charge des enfants et des ascendants : soutien psychologique...).</p> <p><b>Garantie Décès/PTIA toutes causes</b></p> <p>Versement d'un capital ou d'une rente en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.</p> <p><b>Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.</b></p> <p><b>Garantie double effet</b></p> <p><b>Doublement du capital versé en cas de décès simultané du conjoint</b> 📖 <b>de l'assuré ou dans les 12 mois suivant le décès de l'assuré.</b></p>
<b>En option</b>	<p><b>Garantie Décès/PTIA accidentel</b></p> <p>Versement de 100 % du capital Décès/PTIA toutes causes (hors double effet) en cas de Décès/PTIA consécutif à un accident, survenu dans les 12 mois de celui-ci.</p> <p><b>Maladies redoutées</b></p> <p>Versement du capital assuré si l'une des maladies redoutées listées ci-dessous est diagnostiquée chez l'assuré durant la période garantie et pour la 1<sup>re</sup> fois de son existence. Versement limité à une seule fois même si plusieurs <b>maladies</b> 📖 surviennent successivement et simultanément.</p> <p>Définitions des 9 maladies assurées dans la notice (cancer, crise cardiaque, pontage coronarien, AVC, greffe d'organes principaux, sclérose en plaques, insuffisance rénale, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer).</p> <p><b>Rente temporaire conjoint</b></p> <p>Rente trimestrielle versée jusqu'au décès du conjoint, remariage ou Pacs du conjoint, 67<sup>e</sup> anniversaire du conjoint.</p> <p><b>Rente éducation</b></p> <p>Rente trimestrielle versée jusqu'à 21 ans ou 26 ans (en cas de poursuite des études) des enfants à charge de l'assuré.</p>

## En option

### Garantie Arrêt de travail

**Rente annuelle garantie** calibrée en fonction des **revenus professionnels**  de l'adhérent à l'adhésion.

#### **Incapacité temporaire de travail (ITT)**



Montant indemnités journalières (IJ).

Franchises (options, durée en jours fonction de l'origine « maladie/accident/hospitalisation »).

**Bonus fidélité** : déterminé à compter du 1<sup>er</sup> janvier suivant la 1<sup>re</sup> année d'ancienneté de l'adhésion

Réduction annuelle des jours de franchise.

#### **Rente invalidité (IPT/IPP)**

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente si, à la suite d'un **accident**  consolidé ou d'une **maladie**  stabilisée survenue pendant la période de garantie, il est atteint d'une perte de capacité définitive.

Le taux d'invalidité « n » est constaté par expertise médicale en fonction du taux d'IP professionnel et du taux d'IP fonctionnel (cf. *tableau croisé en annexe*).

#### **Montant de la rente invalidité mensuelle garantie :**

- si taux d'invalidité « n »  $\geq 66\%$  : 1/12<sup>e</sup> du montant de la rente annuelle garantie souscrite sous réserve de la limitation prévue (cf. § *Prestation annuelle garantie*) et déduction faite des prestations versées par le régime obligatoire ou autre régime de prévoyance ;
- si  $33\% \leq$  taux d'invalidité « n »  $< 66\%$  : « n »/66 % de 1/12<sup>e</sup> du montant de la rente annuelle garantie souscrite sous réserve de la limitation prévue (cf. § *Prestation annuelle garantie*) et déduction faite des prestations versées par le régime obligatoire ou autre régime de prévoyance ;
- si taux d'invalidité « n »  $< 33\%$  : aucune prestation n'est due.

#### **Exonération de cotisations (en inclusion de la garantie Arrêt de travail)**

Exonération du paiement des cotisations totales (pour l'ensemble des garanties souscrites) pendant la période d'indemnisation au titre des garanties ITT et IPT ; cette garantie n'est pas mise en œuvre en cas d'IPP.

#### **En renfort de la garantie Arrêt de travail, les options suivantes sont proposées**

##### **– Frais généraux permanents (en option)**

Ne peut être souscrite qu'en complément des garanties liées à l'arrêt de travail (indissociables avec ITT/IPT/IPP).


Doit être souscrite au moment de l'adhésion.

Remboursement de tout ou partie des frais généraux permanents de l'assuré en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP suite à une maladie ou un accident.

Frais professionnels fixes et dépenses ayant un caractère récurrent dans l'activité professionnelle de l'assuré :

- pour les artisans et commerçants : cf. CERFA 2 052, rubrique charges d'exploitation, lignes FW à GD ;
- pour les professions libérales : cf. CERFA 2 035, rubrique Dépenses professionnelles, lignes 9 à 32.

##### **– Affections dorso/psy (en option)**

L'option permet une couverture de ces pathologies sans condition d'**hospitalisation**  et de limitations de garanties.

L'option ne peut être proposée que si les garanties ITT/IPT/IPP sont souscrites et qu'au moment de l'adhésion. Elle porte sur les deux affections à la fois (option couplée).

##### **– IP PRO 33 : Invalidité professionnelle partielle et totale (en option)**

Cette option consiste à ne prendre en compte que l'invalidité permanente professionnelle pour la détermination du taux d'invalidité « n ». L'invalidité permanente professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Les montants et seuils (66 % IPT, 33 % IPP) sont identiques à ceux de la garantie de base citée ci-dessus.


##### **– IIP PRO 16 : Invalidité professionnelle partielle et totale (en option)**

Cette option consiste à ne prendre en compte que l'invalidité permanente professionnelle pour la détermination du taux d'invalidité « n ».


Les montants sont identiques en cas d'IPT et en cas d'IPP que ceux de la garantie de base citée ci-dessus, mais le seuil de 33 % est abaissé à 16 %.

### 3.3 - Montant des garanties

Le montant des garanties est défini au certificat d'adhésion.

Pour ce qui concerne les garanties Incapacité (ITT), Invalidité (IPP et IPT), ce montant doit être déterminé en fonction du dernier revenu net imposable tiré de l'activité professionnelle déclarée de l'assuré (**dividendes**  compris), sans que ce montant n'ait pour effet de procurer un revenu de remplacement supérieur au revenu net imposable déclaré à l'administration fiscale.

Le montant des garanties est constitué :

- du montant des **revenus professionnels**  (dividendes compris) à garantir qui ne pourra pas excéder 120 % de la moyenne des revenus professionnels (dividendes compris) des deux dernières années au cas où l'assuré désire souscrire une rente annuelle garantie supérieure à 50 000 euros.

En tant que créateur, le montant des garanties est déterminé à partir du revenu professionnel prévisionnel établi dans le compte de résultat prévisionnel.

En tant que repreneur, le montant des garanties est déterminé à partir du revenu annuel net voté par l'assemblée générale ou alloué par une décision des associés.

Il appartient à l'assuré de vérifier annuellement en fonction des déclarations fiscales le bon respect de cette disposition.

## 4 - LE CONTENU DES GARANTIES

### 4.1 - Les garanties de base : la garantie Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes et la garantie double effet

#### 4.1.1 - En cas de décès quelle qu'en soit la cause

**Cette garantie est systématiquement prévue.**

Cette garantie cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses **85 ans**.

En cas de décès, il sera versé au(x) bénéficiaire(s) le capital garanti dont le montant est mentionné sur votre certificat d'adhésion.

Le capital garanti sera versé en une seule fois si l'assuré a adhéré à la convention ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE Non Madelin.


Si l'assuré a opté pour la version Madelin de cette garantie, ce capital sera versé sous la forme d'une rente viagère dont le montant sera établi par l'assureur à la date du décès de l'assuré selon les bases techniques de calcul en vigueur à cette date, et conforme à la réglementation en vigueur.

**Le versement des prestations prévues en cas de décès met fin à l'ensemble des garanties souscrites, à l'exception de la garantie double effet, et, si elles ont été souscrites de la rente Éducation et de la rente Conjoint.**

#### 4.1.2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) quelle qu'en soit la cause

**Cette garantie est systématiquement prévue.**

Cette garantie cesse lorsque l'assuré fait valoir ses droits à une pension de vieillesse, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard au jour de son 67<sup>e</sup> anniversaire.

Si à la suite d'un **accident**  ou d'une maladie garanti(e) l'assuré est reconnu par MAIF VIE en état de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), c'est-à-dire dans l'incapacité totale et irrémédiable d'exercer une activité professionnelle quelconque pouvant procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, se nourrir, s'habiller, se déplacer), il sera versé par anticipation, le montant du capital garanti ou de la rente viagère prévue dans le cadre de la garantie décès, dans les conditions définies au paragraphe 6.3 Les modalités de versement des prestations.


Pour pouvoir bénéficier de cette garantie, la Perte totale et irréversible d'autonomie doit être consolidée avant toute cessation définitive d'activité professionnelle en raison de la mise à la retraite, et au plus tard avant le 67<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré, même si l'accident ou la maladie qui en est la cause est antérieur(e).

Le capital garanti sera versé en une seule fois si l'assuré a adhéré à la convention ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE Non Madelin.

Si l'assuré a opté pour la version Madelin de cette garantie, ce capital sera versé sous la forme d'une rente viagère dont le montant sera établi par l'assureur à la date de reconnaissance de l'état de PTIA de l'assuré selon les bases techniques de calcul en vigueur à cette date, et conforme à la réglementation en vigueur.

**Le versement des prestations prévues en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble des garanties souscrites.**

**Précision commune concernant les prestations dans le cadre de la garantie de base Décès/PTIA toutes causes**

En cas de décès de l'assuré en cours d'adhésion par suite de maladie ou d'**accident**  ou de reconnaissance de l'état de PTIA, l'assureur s'engage à verser aux bénéficiaires désignés, la prestation garantie :


- dans le cadre de la fiscalité dite Madelin, sous forme de rente viagère ;
- dans le cadre hors Madelin, le capital garanti indiqué dans le bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur.

Le capital souscrit pour la garantie Décès/PTIA doit être de 30 000 euros minimum, par tranche de 10 000 euros, avec un capital maximum de 5 000 000 euros (2 000 000 euros pour les Drom) ;

Si l'adhérent a souscrit les garanties ITT/IPT/IPP, le capital garanti en cas de PTIA toutes causes sera limité à 100 000 euros, et ce quel que soit le montant souscrit au titre de la garantie DC/PTIA toutes causes.

### **4.1.3 - La garantie double effet**

**Cette garantie est systématiquement prévue.**

Si le **conjoint**  de l'assuré décède, avant son 67<sup>e</sup> anniversaire, simultanément ou dans l'année qui suit le propre décès de l'assuré, il sera versé aux enfants de l'assuré, à la charge de son conjoint au jour de son décès, un capital supplémentaire, à répartir entre eux par parts égales, d'un montant identique au capital garanti en cas de décès.

**En l'absence d'enfants à charge, aucun capital ne pourra être versé au titre de la garantie double effet.**

Le capital double effet est limité à 2 000 000 euros (**1 000 000 euros pour les Drom**).

On entend par conjoint l'époux non divorcé, non séparé de corps par un jugement définitif de l'assuré, son partenaire de Pacs.



Le capital garanti sera versé en une seule fois si l'assuré a adhéré à la convention ASSURANCE PREVOYANCE PROFESSIONNELLE Non Madelin.

Si l'assuré a opté pour la version Madelin de cette garantie, ce capital sera versé sous la forme d'une rente viagère dont le montant sera établi par l'assureur à la date du décès de l'assuré selon les bases techniques de calcul en vigueur à cette date, et conforme à la réglementation en vigueur.

## **4.2 - Les garanties optionnelles**

### **4.2.1 - La garantie Décès/PTIA accidentel**

Cette garantie cesse lorsque l'assuré fait valoir ses droits à une pension de vieillesse, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard au jour de son 67<sup>e</sup> anniversaire

En cas de décès consécutif à un **accident** , survenu dans les 12 mois de celui-ci, un capital supplémentaire est versé au **bénéficiaire**  désigné au certificat d'adhésion.

En cas de PTIA consécutif à un accident, survenu dans les 12 mois de celui-ci, le capital supplémentaire ci-dessus garanti en cas de décès accidentel sera versé à l'assuré par anticipation.

Montant du capital supplémentaire garanti : ce capital est limité à 1 000 000 euros (**500 000 euros pour les souscriptions dans les Drom**) en cas de décès, et à 100 000 euros en cas de PTIA et seulement si les garanties ITT/IPT et IPP ont été souscrites.

Si l'assuré a opté pour la version Non Madelin de cette garantie, il est versé sous la forme d'un capital en un versement unique.

Si l'assuré a opté pour la version Madelin de cette garantie, ce capital sera versé sous la forme d'une rente viagère dont le montant sera établi par l'assureur à la date du décès de l'assuré selon les bases techniques de calcul en vigueur à cette date, et conforme à la réglementation en vigueur

Les suites et conséquences d'**accidents** 📖 survenus avant la date d'effet de l'adhésion ne donneront jamais lieu à indemnisation au titre du présent contrat, sauf si elles ont été déclarées et acceptées à l'adhésion.

Seuls sont garantis le décès et la PTIA qui surviennent dans les 12 mois suivant l'accident et qui en sont la conséquence directe.

Conformément à l'article 1315 du Code civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou la PTIA.

En cas de décès de l'assuré et de son **conjoint** 📖 résultant d'un même accident, le conjoint est réputé être décédé postérieurement à l'assuré.

#### **4.2.2 - La garantie Rente temporaire de conjoint**

Elle cesse lorsque l'assuré fait valoir ses droits à une pension de vieillesse, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard au jour de son 67<sup>e</sup> anniversaire.

L'assuré peut souscrire un montant annuel compris entre 500 euros et 60 000 euros (**30 000 euros pour les Drom**). Lors du décès de l'assuré suite à une maladie ou un accident, survenu en cours d'adhésion, MAIF VIE s'engage à verser une rente temporaire immédiate au bénéficiaire, en supplément de la garantie décès/PTIA toutes causes.

On entend par conjoint l'époux non divorcé, non séparé de corps par un jugement définitif de l'assuré, son partenaire de Pacs.

Le **bénéficiaire** 📖 de la garantie Rente de conjoint est la personne désignée par l'adhérent pour percevoir les prestations relatives à cette garantie et mentionnée sur le bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, sur le dernier avenant relatif à cette garantie en vigueur à la date du décès de l'assuré.

#### **Modalités de règlement de la rente**

Le montant de la rente versée est indiqué dans le certificat d'adhésion ou dans le dernier avenant relatif à cette garantie, en vigueur à la date de décès de l'assuré.

La rente est payable de manière trimestrielle à terme échu.

Le versement de la rente cesse de manière définitive au décès du bénéficiaire, au remariage du conjoint, au Pacs du conjoint ou au plus tard au 67<sup>e</sup> anniversaire du conjoint.

En cours de règlement de la rente, et afin que MAIF VIE puisse s'assurer que le bénéficiaire est toujours en vie, chaque année, celui-ci devra retourner le certificat de vie qui lui sera adressé par MAIF VIE.

#### **Modification de la garantie**


L'assuré doit informer l'assureur dans les meilleurs délais de tout événement pouvant avoir des conséquences sur la mise en jeu de cette garantie (exemple : divorce ou décès du bénéficiaire).

Les cotisations versées antérieurement à la réception de cette information par MAIF VIE ne seront pas remboursées.

### 4.2.3 - La garantie Rente éducation

Elle cesse lorsque l'assuré fait valoir ses droits à une pension de vieillesse, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard au jour de son 67<sup>e</sup> anniversaire.

L'assuré peut souscrire une rente annuelle minimum de 1 500 euros et maximum de 30 000 euros (**15 000 euros pour les Drom**).

Lors du décès de l'assuré suite à une maladie ou un **accident** , survenu en cours d'adhésion, MAIF VIE s'engage à verser aux enfants à la charge de l'assuré au moment du décès, le montant de la rente éducation garanti à cette date.

Le montant de la rente versée est fonction du montant garanti divisé par le nombre d'enfants à charge et multiplié par un coefficient suivant l'âge atteint de l'enfant :


- moins de 12 ans : 100 % de la rente annuelle affectée par enfant ;
- de 12 ans à moins de 18 ans : 150 % de la rente annuelle affectée par enfant ;
- de 18 à 26 ans : 200 % de la rente annuelle affectée par enfant.

### Modalités de règlement de la rente

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu et cesse dès la survenance de l'un des événements suivants :

- décès de l'enfant ;
- l'enfant atteint son 21<sup>e</sup> anniversaire ; le versement de la rente sera toutefois poursuivi si l'enfant poursuit ses études supérieures, et ce au plus tard jusqu'à son 26<sup>e</sup> anniversaire.

Aucune prestation ne sera réglée au(x) bénéficiaire(s) ne répondant pas aux critères précisés ci-dessus.

En cours de règlement de la rente, et afin que MAIF VIE puisse s'assurer que le **bénéficiaire**  est toujours en vie, chaque année, celui-ci devra retourner le certificat de vie qui lui sera adressé par MAIF VIE.

Le bénéficiaire de plus de 21 ans devra également fournir annuellement, à MAIF VIE, un certificat de scolarité.

### 4.2.4 - La garantie Maladies redoutées

Elle cesse lorsque l'assuré fait valoir ses droits à une pension de vieillesse, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard au jour de son 67<sup>e</sup> anniversaire.

Cette garantie a pour but de verser à l'assuré un capital dont le montant est indiqué dans le certificat d'adhésion, en cas de survenue d'une Maladie redoutée.

Cette garantie a pour but de verser à l'assuré un capital d'un montant de 20 000 euros en cas de survenue d'une Maladies redoutées.

En cas de **sinistre**  accepté par MAIF VIE, le capital est versé à l'assuré.

**La prestation ne sera versée qu'une seule fois au titre de cette garantie même si plusieurs Maladies redoutées surviennent successivement ou simultanément.**

Le versement d'une prestation au titre de cette garantie :

- met automatiquement fin à la garantie Maladies redoutées ;
- impacte la prime d'assurance définie pour la garantie Maladies redoutées qui ne sera plus due par l'adhérent ;
- n'affecte toutefois pas les primes d'assurance relatives aux autres garanties de l'adhésion.

### Maladies redoutées couvertes

#### Cancer

Maladie qui se manifeste par le développement anarchique d'une tumeur maligne, la propagation de cellules malignes, avec invasion possible des tissus. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste et prouvé par un examen histologique précis. Le terme « cancer » inclut aussi la leucémie et les maladies malignes du système lymphatique comme la maladie de Hodgkin.

**Sont exclus :**

- les CIN tous grades (néoplasies cervicales intra-épithéliales) ;
- toute tumeur pré maligne ;
- tout cancer non invasif (cancer in situ) ;
- cancer de la prostate grade 1 (T1a, 1b, 1c) ;
- carcinome basocellulaire et carcinome squameux ;
- mélanome malin de grade 1A (T1a N0 M0) ;
- toute cellule maligne en présence d'un virus de l'immunodéficience humaine.

**Crise cardiaque (infarctus du myocarde)**

La nécrose d'une portion du muscle cardiaque due à un apport en sang de la zone concernée insuffisant. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste et étayé par les critères suivants :

- une douleur thoracique spécifique ;
- modification des caractéristiques de l'électrocardiogramme ;
- élévation des enzymes cardiaques : troponine ou autres marqueurs biochimiques.

**Sont exclus :**

- infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) avec seulement élévation de la Troponine I ou T ;
- autres syndromes coronaires aigus (par ex. : angine de poitrine stable/instable) ;
- infarctus du myocarde silencieux.

**Pontage coronarien (bypass) chirurgical**

Intervention de chirurgie cardiaque dite à cœur ouvert dont l'objectif est de contourner une ou deux artères coronaires rétrécies ou obstruées par pontage aorto-coronarien (PAC). La nécessité de la chirurgie doit avoir été prouvée grâce à une angiographie coronaire et la réalisation de la chirurgie doit être confirmée par un spécialiste.

**Sont exclus :**

- angioplastie ;
- toute autre intervention intra-artérielle ;
- chirurgie micro-invasive.

**Accident  vasculaire cérébral (AVC)**

Tout incident cardiovasculaire entraînant des séquelles neurologiques permanentes des suites d'un infarctus du tissu cérébral, d'une hémorragie ou embolie d'origine extra-crânienne. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste et mis en évidence par des symptômes cliniques spécifiques, ainsi que par les résultats d'un scanner ou d'une IRM du cerveau. La preuve d'un déficit neurologique d'au moins 3 mois doit être apportée.

**Sont exclus :**

- accident ischémique transitoire (AIT) ;
- blessure traumatique du cerveau ;
- symptômes neurologiques dus à la migraine ;
- infarctus lacunaires sans déficit neurologique.

**Greffe d'organes principaux**

Intervention chirurgicale portant sur la transplantation du cœur, poumon, foie, pancréas, intestin grêle, rein ou de la moelle osseuse sur le receveur. La réalisation de la transplantation doit être confirmée par un spécialiste.



### **Sclérose en plaques**

Diagnostic formel de sclérose en plaques réalisé par un spécialiste en neurologie. La maladie doit être mise en évidence par des symptômes cliniques typiques d'une démyélinisation et d'une défaillance des fonctions motrices et sensorielles ainsi que par des résultats typiques provenant d'une IRM.

Pour prouver le diagnostic, l'assuré doit : soit manifester des anomalies neurologiques existantes depuis une période continue d'au moins 6 mois ; soit avoir subi au moins deux épisodes cliniquement établis, séparés d'au moins un mois ; soit avoir présenté au minimum un épisode cliniquement établi ainsi que des résultats caractéristiques du prélèvement du liquide cébrospinal et des lésions cérébrales spécifiques mises en avant par une IRM.

### **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)**

Maladie rénale en phase terminale se manifestant par une défaillance chronique et irréversible des fonctions des deux reins, dont résultent la mise en place d'une dialyse rénale à fréquence régulière (hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou la pratique d'une transplantation rénale. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste.

### **Maladie de Parkinson**


Diagnostic sans équivoque de maladie de Parkinson idiopathique par un médecin neurologue. Ce diagnostic doit être étayé par les éléments suivants :

- la maladie ne peut pas être contrôlée par des médicaments ;
- signes d'altération progressive de la mobilité et de l'autonomie.

### **Maladie d'Alzheimer/Démence sévère**

Détérioration ou perte des capacités intellectuelles, confirmée par l'évaluation clinique et des examens d'imagerie, secondaire à une maladie d'Alzheimer ou à des troubles organiques irréversibles, se traduisant par une réduction significative du fonctionnement mental et social nécessitant une surveillance continue de l'assuré. Le diagnostic doit être étayé par la confirmation clinique d'un médecin approprié et étayé par le médecin désigné par l'assureur. Les affections non organiques telles que névrose ou maladies psychiatriques sont exclues.

### **Délai d'attente**

**La garantie Maladies redoutées prendra effet après un délai d'attente  de 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion. En cas de diagnostic d'une Maladie redoutée ou de survenance d'un accident entraînant une Maladie redoutée, avant la date d'effet de l'adhésion ou durant ce délai d'attente de 6 mois, aucune indemnisation ne sera versée et la garantie Maladies redoutées prendra automatiquement fin.**

## **4.2.5 - Les garanties Incapacité (ITT) - Invalidité (IPT, IPP)**

### **4.2.5.1 - Les conditions communes aux garanties Incapacité (ITT) - Invalidité (IPT, IPP)**


Pour souscrire aux garanties Incapacité totale de travail (ITT), Invalidité permanente totale de travail (IPT) et Invalidité permanente partielle de travail (IPP), le proposant doit être, lors de l'adhésion, affilié et à jour de ses cotisations auprès de la Caisse ou du régime obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont relève son activité s'il est TNS ou gérant majoritaire.

Cette condition ne s'applique toutefois pas aux mandataires sociaux.

**Les garanties ITT, IPT et IPP en rente sont indissociables et doivent être souscrites conjointement et simultanément et toujours avec la garantie Décès/PTIA toutes causes.**

Elles pourront être souscrites lors de l'adhésion au contrat ou ultérieurement.

**Si les garanties ITT, IPT et IPP en rente sont souscrites, le capital garanti en cas de Décès/PTIA devra toujours représenter au moins 3 fois le montant de la rente annuelle ITT/IPT/IPP souscrite.**

La rente annuelle garantie dans le cadre des garanties ITT, IPT et IPP, indiquée dans le certificat d'adhésion, est calibrée en fonction des **revenus professionnels**  du futur adhérent lors de l'adhésion.

Il devra pour ce faire, lors de l'adhésion déclarer son revenu professionnel (**dividendes** 📖 compris) de l'année précédente.

Dès lors que la rente annuelle qu'il désire souscrire excède 50 000 euros, l'adhérent devra justifier de ses **revenus professionnels** 📖 (dividendes compris) des deux dernières années. La rente annuelle garantie au titre des garanties Arrêt de travail ne pourra alors pas excéder 120% de la moyenne des revenus professionnels (dividendes compris) des deux dernières années.

La justification des revenus professionnels par l'assuré interviendra au moment de la déclaration d'un sinistre.

L'indemnisation sera toujours effectuée sous déduction des prestations versées ou dues par le régime obligatoire ou versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative dont pourrait bénéficier l'assuré.

Cette rente annuelle est soumise à **un minimum de 10 000 euros** et aux maximums suivants :

- 250 000 euros pour les professions libérales ;
- 200 000 euros pour les mandataires sociaux et gérants majoritaires ;
- 160 000 euros pour les autres professions non salariées éligibles ;
- 60 000 euros pour les créateurs, repreneurs et auto-entrepreneurs ;
- 20 000 euros pour les conjoints collaborateurs.

**L'ensemble des limites ci-dessus définies est réduit de moitié pour les souscriptions dans les Drom.**

#### **Définition de la prestation annuelle garantie**

Si la rente annuelle garantie est inférieure à 50 000 euros, l'assureur versera lors de l'arrêt de travail une prestation garantie égale à la rente annuelle garantie, telle qu'indiquée dans le certificat d'adhésion, sans contrôler ni tenir compte de ses revenus professionnels réels à la date de l'arrêt de travail.

Si la rente annuelle garantie est supérieure à ce seuil, l'assureur contrôlera et tiendra compte des revenus professionnels nets réels de l'assuré à la date de l'arrêt de travail. La prestation garantie sera égale à la rente annuelle garantie dans la limite de 120% de la moyenne des revenus professionnels nets (dividendes compris) des deux dernières années.

#### **4.2.5.2 - Exonération du paiement des cotisations**

L'assuré en Incapacité totale de travail ou en Invalidité permanente totale (taux d'Invalidité permanente supérieur à 66%), indemnisé à ce titre, est exonéré du paiement de ses cotisations pour l'ensemble des garanties souscrites à compter du 91<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

L'exonération du paiement des cotisations cesse de s'appliquer :

- dès lors que l'assuré n'est plus indemnisé au titre de la garantie ITT ou IPT ;
- en cas de reprise du travail même partiel.

L'exonération n'est pas accordée en cas de reprise partielle du travail quel qu'en soit le motif.

#### **4.2.5.3 -La garantie incapacité temporaire totale de travail (ITT)**

Si à la suite d'un **accident** 📖 ou d'une maladie garanti(e), vous êtes reconnu comme étant en état d'Incapacité temporaire totale de travail, c'est-à-dire dans l'impossibilité temporaire complète et continue, constatée médicalement, d'exercer l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion ou en cours d'adhésion, il vous sera versé l'indemnité journalière garantie, selon les modalités prévues au paragraphe LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS (prévues à l'article 6.3.)

Vous commencerez à être indemnisé à l'expiration du délai de **Franchise** 📖 déterminé en fonction du niveau de garanties que vous avez choisi à l'adhésion ou en cours d'adhésion.

L'assuré en état d'ITT perçoit, après la période de **franchise** 📖 choisie à l'adhésion, une indemnité journalière dont le montant est égal à 1/365<sup>e</sup> de la rente annuelle souscrite en cas d'ITT ou d'IPT/IPP, sous réserve de la limitation ci-dessous définie, et déduction faite des prestations versées ou dues par le régime obligatoire ou versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative dont pourrait bénéficier l'assuré.

Le délai de franchise et le montant de l'indemnité journalière garantie sont mentionnés sur votre certificat d'adhésion.

**Au titre de la garantie ITT, les franchises suivantes (maladie/accident/hospitalisation) seront proposées :**

- 15/3/3 ;
- 30/3/3 ;
- 30/30/30 ;
- 90/90/90.

**Les franchises strictement inférieures à 30 jours ne seront pas disponibles pour les assurés résidant hors de France métropolitaine.**

### **Bonus Fidélité**

Au 1<sup>er</sup> janvier suivant la 1<sup>re</sup> année d'ancienneté de l'adhésion, l'assuré bénéficiera d'un bonus fidélité de la manière suivante :

#### **> Un bonus sur la franchise ITT**

La franchise au titre de la garantie Incapacité temporaire totale de travail (ITT) sera réduite d'un jour chaque année, à condition qu'il n'y ait pas eu de **sinistre** 📖 garanti et indemnisé au titre de cette garantie.

La franchise de la garantie ITT sera réduite sur l'ensemble des risques (maladie, **accident** 📖 et hospitalisation), et ce jusqu'à une franchise minimum de 3 jours.

En cas de sinistre garanti :

- l'indemnisation débutera au terme de la franchise mise en jeu et indiquée au certificat d'adhésion raccourcie, le cas échéant, du bonus fidélité ;
- la franchise sera ensuite réinitialisée au niveau de la franchise initiale choisie lors de l'adhésion, ou du dernier avenant le cas échéant, pour l'ensemble des risques. La réinitialisation s'effectue à la date de fin d'indemnisation du sinistre.

#### **> Un bonus sur les conditions d'hospitalisation des affections psychiques**

Ces affections sont soumises à des conditions d'**hospitalisation** 📖 spécifiques (données ci-après dans les exclusions).

Au titre du bonus fidélité, la franchise de la condition d'hospitalisation sera réduite d'un jour chaque année, à condition qu'il n'y ait pas eu de sinistre garanti et indemnisé au titre de la garantie ITT, et ce jusqu'à une franchise minimum de 3 jours.

En cas de sinistre garanti :

- l'indemnisation débutera au terme de la franchise mise en jeu et indiquée au certificat d'adhésion raccourcie, le cas échéant, du bonus fidélité ;
- la franchise sera ensuite réinitialisée au niveau de la limitation de garantie sur la condition d'hospitalisation. La réinitialisation s'effectue à la date de fin d'indemnisation du sinistre.

Ce bonus sur les conditions d'hospitalisation des affections psychiques ne s'applique pas dans le cas où l'option rachat de limitation de garantie affections disco-vertébrales/para-vertébrales et affections psychiques a été souscrite.

Le bonus fidélité s'applique uniquement aux indemnités journalières de la garantie ITT et le cas échéant, aux frais généraux permanents.

Les assurés doivent être affiliés et à jour de cotisations auprès de la Sécurité sociale ou de la caisse ou du régime obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont relève leur activité.

Si tel n'est pas le cas, un montant de prestations reconstitué sera pris en considération, comme si l'assuré était à jour de ses droits.

Cette condition ne s'applique pas aux mandataires sociaux.

L'incapacité temporaire totale de travail, pour donner droit à une indemnisation, doit entraîner une interruption temporaire, réelle et complète des occupations professionnelles de l'assuré, et ce dernier doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

L'indemnité est payable par mois échu à partir de la fin de la période de **franchise** 📅 souscrite pendant la durée de l'incapacité temporaire totale de travail, jusqu'à **consolidation** 📅 de l'état de santé et au plus tard jusqu'au 1 095<sup>e</sup> jour d'Incapacité temporaire totale de travail.

En cas de reprise à mi-temps thérapeutique l'indemnité est réduite de 50 % et limitée à une durée maximale de 180 jours.

L'indemnité journalière cesse d'être due :

- en cas de reprise totale ou partielle du travail, hors cas de reprise à mi-temps thérapeutique ;
- lorsqu'une expertise diligentée par MAIF VIE établit que l'assuré est apte à reprendre une activité professionnelle même à temps partiel ;
- à la date de consolidation en invalidité permanente ;
- à la date de l'admission de l'assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle ou lorsqu'il atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et, au plus tard, à son 67<sup>e</sup> anniversaire ;
- à la date de survenance du décès de l'assuré.

En cas de rechute dans les 60 jours de la reprise de travail, le service des indemnités journalières est repris dès le 1<sup>er</sup> jour de l'Incapacité temporaire totale de travail, sous réserve que l'adhésion au contrat soit toujours en vigueur et que les deux Incapacités temporaire totale de travail résultent de la même cause.

Les décisions de prise en charge de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire auquel pourrait être affilié l'assuré ne s'imposent pas à l'assureur.

#### **4.2.5.4 - L'invalidité permanente partielle et totale (IPP et IPT)**

La rente annuelle garantie en cas d'invalidité permanente est celle indiquée dans le certificat d'adhésion, dans la limite de la prestation garantie telle que définie plus haut.

L'assuré est considéré en état d'Invalidité permanente si, à la suite d'un **accident** 📅 consolidé ou d'une maladie stabilisée survenue pendant la période de garantie, il est atteint d'une perte de capacité permanente d'au moins 33%.


L'invalidité permanente doit être consolidée et reconnue comme telle avant le jour de son 67<sup>e</sup> anniversaire et avant d'avoir fait valoir ses droits à la retraite ou atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 67 ans.

L'état d'invalidité de l'assuré est constaté par expertise médicale en dehors de toute considération du régime obligatoire auquel peut être affilié l'assuré.

Le taux d'invalidité « n » est déterminé par voie d'expertise médicale, en fonction du taux d'incapacité permanente professionnelle et du taux d'incapacité permanente fonctionnelle, et par l'application du tableau croisé ci-dessous.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	-	-	-	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	-	-	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	-	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	79,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Le taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale (IF) est fixé sur la base du barème de droit commun publié par le concours médical (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise). L'incapacité fonctionnelle est appréciée en dehors de toute considération professionnelle.


Le taux d'incapacité professionnelle est fixé en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'**accident** , des conditions normales d'exercice de cette profession, des possibilités restantes d'exercice de cette profession,

MAIF VIE se réserve la faculté de faire expertiser l'assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

**Si le taux d'invalidité « n » est supérieur ou égal à 66 %**, l'assuré est considéré en invalidité permanente totale et l'assureur verse alors une rente mensuelle dont le montant est égal à 1/12<sup>e</sup> de la rente annuelle garantie ci-dessus définie, sous déduction des prestations perçues le cas échéant de la Sécurité sociale, du régime obligatoire de l'assuré, ou de tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative, à l'exception de ceux protégeant les crédits et emprunts de l'assuré.

**Si le taux d'invalidité « n » est compris entre 33 % et 66 %**, l'assuré est considéré en invalidité permanente partielle et l'assureur verse une rente mensuelle dont le montant est égal à n/66 % de 12<sup>e</sup> de la rente annuelle garantie ci-dessus définie, sous déduction des prestations perçues le cas échéant de la Sécurité sociale, du régime obligatoire de l'assuré, ou de tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative, à l'exception de ceux protégeant les crédits et emprunts de l'assuré.

**Si le taux d'invalidité « n » est inférieur à 33 %**, aucune prestation n'est due.

L'indemnité commence à être servie à la date de **consolidation**  de l'état de santé de l'assuré. Son montant peut être révisé à la hausse ou à la baisse selon l'évolution éventuelle de son degré d'invalidité permanente.

Elle cesse d'être due :

- lorsque l'assuré fait valoir ses droits à la retraite, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et au plus tard au jour du 67<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- pour ce qui concerne l'IPT, à la reprise d'une activité professionnelle par l'assuré, salariée ou non, totale ou partielle ;
- lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.

Les décisions de prise en charge de la Sécurité sociale ou de tout autre régime obligatoire auquel pourrait être affilié l'assuré ne s'imposent pas à l'assureur.


#### 4.2.5.4.1 - L'option Invalidité professionnelle partielle et totale (IP Pro33)

Cette option n'est accessible qu'aux :

- professions médicales (médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes, vétérinaires et docteurs en pharmacie) exerçant en libéral, et adhérant au contrat à ce titre ;
- professions du chiffre, du droit ou du conseil (avocat, notaire, gestionnaire de patrimoine, huissier de justice, expert-comptable ...), et adhérant au contrat à ce titre.

**La garantie IP Pro33 ne sera pas accordée pour les souscriptions dans les Drom.**

Si cette option est souscrite, le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale et ne prend en compte que l'invalidité permanente professionnelle.


L'invalidité permanente professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'**accident** , et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Si le taux d'invalidité «n» déterminé est supérieur ou égal à 66 % l'assuré est considéré en invalidité permanente totale et l'assureur verse alors une rente mensuelle dont le montant est égale à 1/12<sup>e</sup> de la rente annuelle garantie ci-dessus définie, sous déduction des prestations perçues le cas échéant de la Sécurité sociale, du régime obligatoire de l'assuré, ou de tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative, à l'exception de ceux protégeant les crédits et emprunts de l'assuré.

Si le taux d'invalidité «n» est compris entre 33 % et 66 %, l'assuré est considéré en invalidité permanente partielle et l'assureur verse une rente mensuelle dont le montant est égal à n/66 % de 1/12<sup>e</sup> de la rente annuelle garantie ci-dessus définie, sous déduction, des prestations perçues le cas échéant de la Sécurité sociale, du régime obligatoire de l'assuré, ou de tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative, à l'exception de ceux protégeant les crédits et emprunts de l'assuré.

Si le taux d'invalidité «n» est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due.

L'organisme assureur se réserve la faculté de faire expertiser l'assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

L'indemnité commence à être servie à la date de **consolidation**  de l'état de santé de l'assuré. Son montant peut être révisé à la hausse ou à la baisse selon l'évolution éventuelle de son degré d'invalidité permanente.

La rente cesse d'être due :

- lorsque l'assuré fait valoir ses droits à la retraite, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et au plus tard au jour du 67<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- pour ce qui concerne l'IPT, à la reprise d'une activité professionnelle par l'assuré, salariée ou non, totale ou partielle ;
- lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.

Toutes les autres conditions énoncées au paragraphe «**Invalidité permanente partielle et totale (IPP et IPT)**» restent en vigueur.


#### 4.2.5.4.2 - L'option Invalidité professionnelle partielle et totale (IP Pro16)

Cette option n'est accessible qu'aux :

- professions médicales (médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes, vétérinaires et docteurs en pharmacie) exerçant en libéral, et adhérant au contrat à ce titre.

**La garantie IP Pro16 ne sera pas accordée pour les souscriptions dans les Drom.**


Si cette option est souscrite, le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale et ne prend en compte que l'invalidité permanente professionnelle.

L'invalidité permanente professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'**accident** , et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Si le taux d'invalidité «n» déterminé est supérieur ou égal à 66 %, l'assuré est considéré en invalidité permanente totale et l'assureur verse alors une rente mensuelle dont le montant est égale à 1/12<sup>e</sup> de la rente annuelle garantie ci-dessus définie, sous déduction des prestations perçues le cas échéant de la Sécurité sociale, du régime obligatoire de l'assuré, ou de tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative, à l'exception de ceux protégeant les crédits et emprunts de l'assuré.

Si le taux d'invalidité «n» est compris entre 16 % et 66 %, l'assuré est considéré en invalidité permanente partielle, et l'assureur verse une rente mensuelle dont le montant est égal à n/66 % de 1/12<sup>e</sup> de la rente annuelle garantie ci-dessus définie, sous déduction, des prestations perçues le cas échéant de la Sécurité sociale, du régime obligatoire de l'assuré, ou de tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative, à l'exception de ceux protégeant les crédits et emprunts de l'assuré.

Si le taux d'invalidité «n» est inférieur à 16 %, aucune prestation n'est due.

L'organisme assureur se réserve la faculté de faire expertiser l'assuré par un médecin de son choix, à tout moment. L'indemnité commence à être servie à la date de **consolidation**  de l'état de santé de l'assuré. Son montant peut être révisé à la hausse ou à la baisse selon l'évolution éventuelle de son degré d'invalidité permanente.


La rente cesse d'être due :


- lorsque l'assuré fait valoir ses droits à la retraite, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et au plus tard au jour du 67<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- pour ce qui concerne l'IPT, à la reprise d'une activité professionnelle par l'assuré, salariée ou non, totale ou partielle ;
- lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 16 %.

Toutes les autres conditions énoncées au paragraphe « **Invalidité permanente partielle et totale de travail (IPP et IPT)** » restent en vigueur.

#### **4.2.6 - L'option rachat de limitation de garantie affections discovertébrales/paravertébrales et affections psychiques**

Au seul moment de l'adhésion, et uniquement en complément des garanties ITT/IPT/IPP, il est possible de demander la couverture des affections dorso-lombaires, disco vertébrales et/ou paravertébrales et aux affections psychiques.

Si l'assuré bénéficie de cette option, les pathologies ci-dessous sont garanties sans condition d'**hospitalisation**  (3 ou 5 jours selon qu'il s'agit d'une affection discovertébrale/paravertébrale ou d'une affection psychique) et de limitations de garanties.

**Précision est ici faite que les affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires, notamment les cervicalgies, les contusions, les cruralgies, les dorsalgies, les hernies discales, les lombalgies, les sciatiques ne donnant pas lieu à une hospitalisation égale ou supérieure à 3 jours continus, seront alors couvertes dans la limite de 1 095 jours d'indemnisation par arrêt (y compris rechutes), à compter de l'expiration du délai de franchise  maladie ou accident.**



Cette extension de garantie portera à la fois sur les affections discovertébrales/paravertébrales ainsi que sur les affections psychiques définies plus bas qui sont indissociables.

#### 4.2.7 - Garantie Frais généraux permanents (FGP)

Cette garantie ne peut être souscrite que si les garanties ITT/IPT/IPP ont été souscrites.

Les mandataires sociaux n'ont pas accès à cette garantie.

Cette garantie peut être souscrite lors de l'adhésion au contrat ainsi qu'en cours de contrat conformément à l'article 5 «ÉVOLUTION DES GARANTIES»

La garantie Frais généraux permanents (FGP) a pour objet de garantir à l'**assuré**  le remboursement de tout ou partie de ses frais généraux permanents en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle de l'assuré suite à une maladie ou un **accident**  garanti.

La base de garantie annuelle est choisie librement par l'adhérent lors de l'adhésion, avec un minimum de 150 euros sans pouvoir excéder 182 500 euros (soit 500 euros par jour).

On entend par frais généraux permanents l'ensemble des frais professionnels fixes et des dépenses ayant un caractère récurrent dans l'activité professionnelle de l'assuré.

- **Si l'assuré exerce la profession d'artisan ou de commerçant**, les dépenses admises seront extraites du CERFA 2052, rubrique charges d'exploitation, lignes FW à GD, à savoir :
  - impôts, taxes et versements assimilés ;
  - salaires et traitements ;
  - charges sociales ;
  - dotations d'exploitation sur immobilisation (amortissement des équipements), sur actif circulant et pour risques et charges ;
  - autres achats et charges externes.
  
- **Si l'assuré exerce une profession libérale**, les dépenses admises seront extraites du CERFA 2035, rubrique Dépenses professionnelles, lignes 9 à 32, à savoir :
  - frais de personnel : salaires nets et avantages en nature, charges sociales sur salaire ;
  - impôts et taxes ;
  - loyers et charges locatives ;
  - location de matériel et de mobilier ;
  - entretien et réparation ;
  - personnel intérimaire ;
  - petit outillage ;
  - chauffage, eau, gaz, électricité ;
  - honoraires ne constituant pas des rétrocessions ;
  - primes d'assurances ;
  - frais de véhicules ;
  - autres frais de déplacements ;
  - charges sociales personnelles ;
  - frais de réception, représentation, congrès ;
  - fournitures de bureau, frais de documentation, de correspondance et de téléphone ;
  - cotisations syndicales et professionnelles ;
  - autres frais divers de gestion ;
  - frais financiers ;
  - pertes diverses.

La garantie Frais généraux permanents prévoit le versement d'une indemnité journalière égale à 1/365<sup>e</sup> de la base de garantie annuelle souscrite, dans la limite du montant des frais généraux permanents journalier justifiés.

L'indemnisation sera effectuée sur la même bases que les garanties de base ITT/IPT/IPP (avec une franchise, des exclusions, limitations de garanties, conditions de rechute...) strictement identiques.

La durée maximum d'indemnisation au titre de la garantie Frais Généraux Permanents sera toutefois limitée à 365 jours.



## 5 - ÉVOLUTION DES GARANTIES

### 5.1 - Ajout de garanties ou modifications des montants garantis en cours de vie de l'adhésion

- Les diminutions de niveau de garantie ou la suppression de garantie pourront intervenir à tout moment.
- L'ajout de garanties ou l'augmentation des niveaux de garantie est également possible à tout moment. Il sera fait application des délais d'attente pour ces modifications.

L'assuré devra satisfaire aux conditions d'adhésion au contrat, et il devra se soumettre le cas échéant à de nouvelles formalités médicales :

- en ce qui concerne l'augmentation du montant des garanties, elle sera étudiée sur la base d'un questionnaire simplifié de santé pour autant que les conditions suivantes soient toutes réunies :
- l'acceptation de l'adhésion a été faite au tarif normal sans surprime ni exclusion ;
- l'adhésion a moins de 3 ans d'ancienneté ;
- l'augmentation du montant garanti est inférieure à 20 % ;
- il s'agit de la première demande d'augmentation de montant garanti depuis la date d'effet de l'adhésion.


Si l'une de ces conditions n'est pas satisfaite, de nouvelles formalités médicales complètes pourront être demandées.

La modification sera soumise à l'accord de MAIF VIE.

Les modifications acceptées donneront lieu à un avenant à l'adhésion.

La prime d'assurance sera ajustée en fonction des nouveaux niveaux de garantie.

## 6 - LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

**Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout arrêt de travail doit être déclaré dans les trente (30) jours qui suivent la fin de la Franchise  à Cbp France. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité permanente partielle ou totale, l'assuré doit le déclarer dans les deux (2) mois qui suivent sa survenance.**

En cas de décès, les bénéficiaires doivent en informer Cbp France dans les plus brefs délais.

### Dispositions spécifiques en cas de décès :

À réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des bénéficiaire(s), Cbp France dispose d'un délai de quinze (15) jours pour réclamer au(x) bénéficiaire(s) l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

À réception de l'entier dossier et si l'indemnisation est due, Cbp France procèdera au règlement du capital dans un délai de trente (30) jours. À défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur. Lorsque l'indemnisation est due, le capital garanti en cas de décès de l'assuré est revalorisé à compter de la date du décès et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des Dépôts et Consignations, selon un taux déterminé par décret.

En cas d'impossibilité d'identifier ou de retrouver le ou les bénéficiaires du contrat dans le délai de dix (10) ans à compter de la connaissance du décès, MAIF VIE sera dans l'obligation de verser le capital dû auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Les sommes déposées à la CDC qui ne seront pas réclamées, seront acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt (20) ans à compter de la date de leur dépôt à la CDC.

Les déclarations doivent être adressées à Cbp France.

**Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel au Médecin conseil.**

## 6.1 - Les documents à nous adresser

Dans le cadre de l'exécution des présentes conventions, le Médecin conseil de MAIF VIE pourra demander à l'assuré, à ses ayants droit ou au(x) bénéficiaire(s) des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'assuré, agissant pour son compte et celui de ses ayants droit ou de ses bénéficiaires, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que MAIF VIE s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel. Pour obtenir le règlement des prestations, l'assuré, ses ayants droit ou le(s) bénéficiaire(s) de la garantie, devront communiquer à MAIF VIE avec la déclaration de sinistre, tous les justificatifs (rédigés en français) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge) et notamment :

### En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès ;
- en cas d'**accident** 📖, une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé, un questionnaire médical fourni par MAIF VIE, à retourner à notre Médecin conseil sous pli confidentiel ;
  - complété et signé par votre médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes les pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès ;
  - les comptes rendus hospitaliers, opératoires et histologiques s'il y a lieu ;
- pour chaque bénéficiaire, la copie d'un document officiel permettant la justification de sa qualité (copie de livret de famille, du pacte civil de solidarité, de l'acte de dévolution successorale, de l'acte de naissance...);
- le Rib du/des bénéficiaires ;
- toute autre pièce jugée nécessaire par MAIF VIE pour établir son obligation ;
- si rente conjoint : un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois du conjoint, une copie du livret de famille de l'adhérent, une copie d'une pièce d'identité du **conjoint** 📖 ainsi qu'une attestation de non-séparation de corps ;
- si rente éducation : un extrait d'acte de naissance datant de moins de trois mois de chaque enfant à charge, une copie du livret de famille de l'adhérent, une copie d'une pièce d'identité de chaque **enfant à charge** 📖 et justificatifs de poursuite des études pour les enfants de plus de 21 ans ;
- en cas de double effet : un original de l'extrait d'acte de naissance du conjoint décédé, un original de l'extrait d'acte de naissance pour chaque **bénéficiaire** 📖 datant de moins de trois mois, une copie du livret de famille du conjoint, une attestation sur l'honneur de non séparation de corps au jours du décès ou document officiel, une copie du Pacs, une copie de l'avis d'imposition du conjoint, pacsé décédé relative à l'exercice précédent et un certificat de scolarité pour chaque enfant à charge ou justificatif de la carte d'invalidité.

### En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie :

- en cas d'accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- un questionnaire médical, fourni par MAIF VIE, à retourner à notre Médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par votre médecin traitant, indiquant notamment la nature de la pathologie ou de l'accident justifiant la PTIA, la date de consolidation, ainsi que le taux d'invalidité ;
- la notification de pension d'invalidité de catégorie 3 et la notification de recours à une tierce personne ;
- les comptes rendus hospitaliers, opératoires et histologiques s'il y a lieu ;
- toute autre pièce nécessaire à MAIF VIE pour établir son obligation ;
- le RIB de l'assuré pour le versement des prestations.

### En cas d'Incapacité temporaire totale de travail :

- l'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongations délivrés par le médecin ainsi que les bulletins d'hospitalisation et/ou le certificat médical d'**hospitalisation** 📖 à domicile le cas échéant ;
- un questionnaire médical, fourni par MAIF VIE, à retourner à notre Médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par votre médecin traitant, indiquant notamment la nature de l'accident ou de la maladie qui justifie l'incapacité, la date de début et la durée probable de cet état ;
- en cas de rechute un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même **affection** 📖 et/ou d'une nouvelle

- affection résultant de l'incapacité initiale ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la rechute ;
- les comptes rendus hospitaliers, opératoires et histologiques s'il y a lieu ;
- en cas d'**accident** 📖 une déclaration écrite précisant les circonstances de l'incapacité, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance ou à défaut une attestation de non-paiement émanant du régime obligatoire ;
- toute autre pièce nécessaire à MAIF VIE pour établir son obligation ;
- le Rib de l'assuré pour le versement des prestations ;
- pour la garantie frais généraux permanents :
  - une déclaration fiscale ou le dernier bilan de l'entreprise sur lequel figurent les charges d'exploitation déclarées ;
  - les justificatifs des frais généraux permanents ;
  - le Rib de l'assuré pour le versement des prestations.

### **En cas d'Invalidité permanente totale et d'invalidité permanente partielle :**

les notifications de la Sécurité sociale si l'assuré à la qualité d'assuré social ou une constatation médicale pour les non-salariés.

L'invalidité sera appréciée par expertise médicale.

### **En cas de maladies redoutées :**

- un questionnaire médical, fourni par MAIF VIE, à retourner à notre Médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par votre médecin traitant, indiquant notamment la nature de de l'accident ou de la maladie.

### **En cas de cancer :**

- un certificat médical établissant le diagnostic de cancer, la date de 1<sup>er</sup> diagnostic de la maladie, la localisation de la tumeur ainsi que la classification, le grade, le score de la pathologie ou la profondeur de la tumeur ;
- le compte-rendu de l'oncologue ainsi que les comptes rendus d'examens ayant permis de poser le diagnostic et notamment les comptes rendus d'examens anatomopathologiques ;
- le compte-rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) décidant des traitements proposés.

### **En cas d'infarctus du myocarde ou de pontage coronarien (Bypass) chirurgical :**

- un certificat médical établissant le diagnostic d'infarctus du myocarde et/ou la réalisation d'un pontage coronarien, la date de 1<sup>er</sup> diagnostic de la maladie, ainsi que l'étendue de la nécrose du muscle cardiaque ;
- les comptes rendus d'examens de biologie, coronographie ou scintigraphie qui ont permis de poser le diagnostic d'infarctus du myocarde, et le compte-rendu d'hospitalisation le cas échéant.

### **En cas d'accident vasculaire cérébral :**

- un certificat médical d'un neurologue établissant le diagnostic d'accident vasculaire cérébral, la date de 1<sup>er</sup> diagnostic de la maladie et précisant s'il s'agit d'un AVC ischémique ou d'un AVC hémorragique ;
- le compte-rendu du neurologue, les comptes rendus de scanner, IRM, qui ont permis de poser le diagnostic d'accident vasculaire cérébral et le compte-rendu d'hospitalisation le cas échéant.

### **En cas d'insuffisance rénale en stade terminal :**

- un certificat médical du néphrologue établissant le diagnostic exact de la maladie, la date de 1<sup>er</sup> diagnostic de la maladie et précisant la gravité de l'atteinte rénale ;
- le compte-rendu du néphrologue et les résultats des analyses d'urine qui ont permis de poser le diagnostic d'insuffisance rénale ;
- le compte-rendu du néphrologue ayant posé l'indication de dialyse ou de greffe de rein (transplantation rénale).

### **En cas de greffe d'un organe principal :**

- un certificat médical du spécialiste établissant la perte d'un organe vital (cœur, poumon, foie, pancréas, intestin grêle, rein ou moelle osseuse), la date de 1<sup>er</sup> diagnostic de la maladie ;
- le compte-rendu des examens établissant la perte d'un organe vital ;
- le compte-rendu du spécialiste établissant la nécessité de recourir à une transplantation d'organe.

### **En cas de maladie de Parkinson :**

- un certificat médical d'un neurologue établissant le diagnostic exact de la maladie de Parkinson, la date de 1<sup>er</sup> diagnostic de la maladie et précisant les critères cliniques d'altération des fonctions motrices ;
- le compte-rendu du neurologue et les comptes rendus des éventuels examens complémentaires, et notamment l'IRM qui ont permis de poser le diagnostic de maladie de Parkinson.


### **En cas de maladie de sclérose en plaques :**

- les différents comptes rendus de consultation du neurologue ;
- les comptes rendus des examens réalisés dans le cadre de l'investigation (compte rendu d'IRM, résultat d'un prélèvement du liquide cébrospinal, analyse sanguine) ;
- un certificat médical du neurologue donnant toutes précisions sur la date de 1<sup>er</sup> diagnostic, la durée de persistance des anomalies neurologiques ainsi que le nombre d'épisodes cliniquement établis comprenant la période séparant chaque épisode.

### **En cas de maladie d'Alzheimer/démence sévère :**

- les différents comptes rendus de consultation du neurologue ;
- les comptes rendus des examens ayant permis le diagnostic (les compte-rendu des examens d'imagerie) ;
- une expertise médicale diligentée par l'assureur.

## **6.2 - L'expertise médicale**

L'état d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle, de perte totale et irréversible d'autonomie peut être contrôlé par expertise médicale. **Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'assuré dépend sont inopposables à l'organisme assureur. MAIF VIE se réserve le droit de faire expertiser l'assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'accident  ou de la maladie, par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.**

**Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin expert désigné par MAIF VIE doit avoir libre accès à l'assuré afin de pouvoir constater son état. De même, l'assuré ne doit pas entraver le bon déroulement des opérations d'expertise.**

Le médecin expert missionné par MAIF VIE sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par le médecin de votre choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de ce médecin resteront à la charge de l'assuré.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.


En cas de contestation des conclusions de l'expertise, les parties s'engagent à n'avoir recours à la voie judiciaire qu'après une expertise d'arbitrage amiable effectuée par un médecin expert désigné d'un commun accord.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné pour l'assister à l'expertise d'arbitrage et supportera par moitié ceux de l'expert arbitre désigné.

## **6.3 - Les modalités de versement des prestations**

### **Dispositions générales**

Les sommes dues sont payables après réception et étude du dossier complet par MAIF VIE.

En cas de **sinistre**  provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé dans les droits de l'assuré c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

### **Dispositions concernant le versement du capital décès**

Le capital sera versé en une seule fois si l'assuré a adhéré à la convention ASSURANCE PRÉVOYANCE

PROFESSIONNELLE Non Madelin, ou sous forme de rente viagère immédiate (dans les conditions définies ci-dessous) si l'assuré a souhaité bénéficier du dispositif fiscal Madelin en adhérant à la convention ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE Madelin.

### **Le(s) bénéficiaire(s) du capital décès**

À l'adhésion, l'assuré peut désigner le(s) bénéficiaire(s) sur la demande d'adhésion. L'assuré peut modifier à tout moment sa désignation **bénéficiaire** 📖 lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation bénéficiaire peut être faite sous seing privé (exemple : lettre) ou par acte authentique (exemple : testament notarié).

Dans tous les cas, l'assuré doit envoyer à MAIF VIE une lettre datée et signée informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire. Si au jour du décès la désignation est caduque, les sommes dues seront versées au **conjoint** 📖 de l'assuré, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut à ses héritiers par parts égales.

Lorsque le(s) bénéficiaire(s) sont nommément désigné(s), l'assuré devra porter sur la demande d'adhésion les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées pour le règlement du capital.

### **Conséquences de l'acceptation du bénéficiaire**

La personne que l'assuré aura désignée comme bénéficiaire en cas de décès, peut à tout moment, avec accord de l'assuré, accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit en se manifestant expressément auprès de MAIF VIE. Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de MAIF VIE, de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle peut également prendre la forme d'un acte sous seing privé ou authentique signé de l'adhérent et du bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée. Dans ce cas le bénéficiaire devient bénéficiaire acceptant et son accord devient obligatoire si l'assuré souhaite désigner un autre bénéficiaire. À défaut d'accord, MAIF VIE ne pourra procéder à aucune modification.

### **Dispositions concernant le versement des rentes**

#### **Rente servie pour la garantie Décès**

La rente est payable trimestriellement à terme échu.

#### **Rente servie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité permanente totale ou partielle**

La rente est payable trimestriellement à terme échu, à compter de la date de **consolidation** 📖 de l'état de santé de l'assuré.

### **Dispositions concernant le versement des indemnités journalières**

Les indemnités journalières sont payables mensuellement à terme échu à partir de la fin de la période de **franchise** 📖 mentionnée au certificat d'adhésion. La franchise est décomptée à compter du premier (1<sup>er</sup>) jour de l'incapacité temporaire totale de travail.

#### **Particularité :**

Si au cours d'une incapacité temporaire totale de travail ouvrant droit à garantie, l'assuré est hospitalisé durant la période de franchise, MAIF VIE appliquera la franchise applicable en cas d'**hospitalisation** 📖 si cette dernière est plus favorable.

Dans ce cas la franchise sera décomptée à compter du premier jour d'hospitalisation.

#### **À noter :**

Si l'assuré a choisi de bénéficier du dispositif fiscal Madelin, dans le cadre de la réglementation sur le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, MAIF VIE pourra être amené à déduire des prestations accordées à l'assuré le montant défini en application du taux d'imposition communiqué par l'administration fiscale.


## **6.4 - Fausse déclaration en cas de sinistre**

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par MAIF VIE dans les informations qui lui seront fournies expose l'assuré et le(s) bénéficiaire(s) à une déchéance de garanties et à la résiliation de son adhésion.

## 7 - CE QUE VOTRE ADHÉSION NE COUVRE PAS LES EXCLUSIONS

### 7.1 - Exclusions communes à toutes les garanties

Ne sont jamais garantis au titre de l'adhésion, les sinistres résultant et/ou provenant :

- des suites ou conséquences de maladies, accidents  et invalidité dont la première constatation médicale est antérieure : à la date d'effet des garanties, non déclarées à l'adhésion, ou formellement exclues par l'assureur dans les conditions d'assurance signées par l'assuré ;
- sont également exclus les sinistres survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ou antérieurement à l'expiration du délai d'attente ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de révolutions, d'insurrections ou coups d'État civils ou militaires, de mouvements populaires, quels que soient le lieu et les protagonistes ;
- de la participation à une rixe (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme ;
- d'une guerre mettant en cause l'État français ;
- des accidents de la navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- de la transmutation du noyau de l'atome, tant par fission ou fusion, que par radiation ionisante ;
- lors de séjours ou déplacements professionnels à l'étranger, dans les pays ou zones qui, au moment du départ, sont « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raisons impératives » par le ministère des Affaires étrangères, quand bien même l'assuré a une raison impérative professionnelle de s'y rendre.


En complément des exclusions qui précèdent, ne sont pas garanties au titre des garanties Décès toutes causes, double effet, rente éducation, rente viagère de conjoint  :

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes :

- du suicide pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion ou de la date de la remise en vigueur de celle-ci. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation ;
- du meurtre de l'assuré par le bénéficiaire.

Garantie Décès accidentel :

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes suivantes :

- ci-dessus définies pour les garanties Décès ;
- d'un fait intentionnel de l'assuré, du bénéficiaire  ou de toute personne à qui l'assurance profiterait ;
- de la participation de l'assuré à un crime ou délit comme co-auteur ou complice ;
- de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites ;
- d'un accident de la circulation alors que l'assuré conduisait avec un taux d'alcoolémie supérieur à celui autorisé par la réglementation en vigueur.

Il est par ailleurs fait application des limitations sportives suivantes :

- Sports exclus
  - les sports pratiqués à titre professionnel ou rémunérés ;
  - les paris, défis, raids et tentatives de record ;
  - base jump, sky surfing, wingsuit (sky flying) ;
  - saut à l'élastique.
- Sport exclus et rachetables
  - boxe et autres sports de combat (sauf pratique amateur et hors compétition) ;
  - les compétitions et entraînements préparatoires de sports équestres ;
  - les compétitions et entraînements préparatoires de sport avec usage d'engins à moteur ;

- motonautisme, planche à voile à plus de 1 mille des côtes, yachting au-delà de six milles des côtes (en-deçà de 6 milles des côtes l'assuré est garanti sous réserve d'être en conformité avec la réglementation française en vigueur), plongée sous-marine (sauf plongée jusqu'à 40 mètres et pratiquée moins de 20 fois par an et toujours accompagnée, hors exploration de grotte ou épave) ;
  - la spéléologie, l'escalade et la varappe (sauf si pratiquée en salle) ;
  - l'alpinisme et tous les sports pratiqués en montagne au-delà de 2 500 mètres d'altitude. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à la pratique de ski alpin, de fond ou de snowboard sur pistes réglementées, ouvertes et accessibles en remontées mécaniques ;
  - le kitesurf, funboard, parachutisme, parapente, paravoile, bobsleigh, skeleton, saut à ski ou au tremplin, zorbing, VTT de descente, BMX, MTB, rafting, chasse au gros gibier hors Europe ;
  - vol d'essai et vol sur engin non muni de certificat de navigabilité, acrobatie et voltige aérienne, ULM, deltaplane ;
  - L'enseignement de ces activités n'est pas exclu dès lors que l'assureur a accepté la profession au moment de l'adhésion.
- Lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, les exclusions sportives ci-dessus ne s'appliquent pas si l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.



**Garanties Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle (PTIA accidentelle), Incapacité temporaire totale de travail, Invalidité permanente partielle ou totale, frais généraux permanents, exonération, maladies redoutées :**

**Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes suivantes :**


- les exclusions ci-dessus définies pour la garantie Décès accidentel ;
- de la tentative de suicide de l'assuré, de mutilation volontaire, ou d'événements qui sont le fait volontaire de l'assuré ;
- des traitements esthétiques et opérations de chirurgie esthétique et leurs conséquences (sauf si l'opération fait suite à un accident garanti), sauf dans le cas d'une chirurgie réparatrice ;
- des cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement ou d'engraissement, de désintoxication, mêmes effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjour en maison de repos ;
- des grossesses et accouchements ainsi que les fausses couches sauf s'il s'agit de grossesses pathologiques (la période de congé légal de maternité étant alors déduite de la période d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) en plus de la franchise).

**Limitations :**

**Limitation des garanties Incapacité temporaire totale, Invalidité permanente partielle ou totale, Frais généraux permanents et exonération :**

**Affections dorso-lombaires, disco vertébrales et/ou para vertébrales :** les affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires, notamment les cervicalgies, les contusions, les cruralgies, les dorsalgies, les hernies discales, les lombalgies, les sciatiques donnant lieu à une hospitalisation  égale ou supérieure à 3 jours continus sont couvertes à compter de l'expiration de la franchise  hospitalisation dans la limite de 1095 jours par arrêt (y compris rechutes),

Les affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires, notamment les cervicalgies, les contusions, les cruralgies, les dorsalgies, les hernies discales, les lombalgies, les sciatiques ne donnant pas lieu à une hospitalisation égale ou supérieure à 3 jours continus, sont couvertes dans la limite de 365 jours d'indemnisation par arrêt (y compris rechutes), à compter de l'expiration du délai de franchise maladie ou accident.

Dans ce cadre si une hospitalisation  égale ou supérieure à 3 jours continus intervient après la durée maximum d'indemnisation de 365 jours, la prise en charge ne sera pas rétroactive. Elle sera prise en compte à partir de la date du début d'hospitalisation dans la limite de 1 095 jours déduction faite de la période déjà indemnisée et de la période d'arrêt de travail non couverte par une hospitalisation de plus de 3 jours continus.


En cas de rechute dans les deux mois de la reprise de travail, le service des indemnités journalières est repris dès le 1<sup>er</sup> jour du nouvel arrêt de travail, sous réserve que l'adhésion au contrat soit toujours en vigueur et que les deux arrêts de travail résultent de la même cause.

La matérialisation de cette condition après les 365 jours d'ITT n'entraîne pas une indemnisation rétroactive. Les indemnités journalières seront à nouveau versées, à compter de la date d'hospitalisation, pour autant qu'elle dure au moins 3 jours.

#### **Affections psychiques :**

Les maladies de type psychiques, nerveuses, psycho-neurologiques, psychosomatiques, psychiatriques, névrotiques, y compris les dépressions et les états dépressifs de toute nature, les aliénations mentales, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les fibromyalgies, et syndrome de fatigue et les conséquences de ces affections, ne sont couvertes que si elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 5 jours continus.

Les séjours en établissement de repos ou de convalescence sont totalement exclus.

Si l'hospitalisation intervient après l'expiration de la franchise  maladie décomptée à partir de la date d'arrêt de travail, la prise en charge n'est pas rétroactive et l'indemnisation interviendra à compter de la date d'hospitalisation, pour autant qu'elle dure au moins 5 jours, dans la limite de 1095 jours.

Ces limitations dans les conditions d'hospitalisation ne sont pas applicables en cas de souscription de l'option de limitation de garanties affections disco vertébrales/para-vertébrales et affections psychiques.

## **8 - COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS GARANTI ?**

### **8.1 - Modalités d'adhésion**

Si vous adhérez aux conventions en signant la demande d'adhésion papier, par votre signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont vous avez au préalable pris connaissance et vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

Si vous avez choisi d'adhérer aux conventions par voie électronique sur l'espace adhésion sécurisé mis à disposition par Cbp France, les documents d'information précontractuelle sont portés à votre connaissance avant la signature électronique de votre demande d'adhésion. En signant électroniquement votre demande d'adhésion, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont vous avez au préalable pris connaissance et vous vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Aussitôt après la conclusion de votre adhésion, vous recevrez un courriel de confirmation à l'adresse électronique que vous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par Cbp France. Ce courriel contiendra les documents contractuels sur support durable ainsi qu'un lien vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de ces documents sur votre espace assuré.

Les documents signés sont archivés par Cbp France chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat.

Votre adhésion aux conventions est soumise à l'acceptation préalable de MAIF VIE. Votre adhésion sera conclue à la date d'émission du certificat d'adhésion qui vous sera envoyé sur support durable par courriel ou si vous en faites la demande sur support papier.



## 8.2 - Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion pour une première période s'achevant le 31 décembre de l'année d'adhésion. L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction le 31 décembre de chaque année.

En tout état de cause, l'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation.

## 8.3 - Délai d'attente

Le **délai d'attente** 📅 est la période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au certificat d'adhésion.

Tout **sinistre** 📖 survenu pendant ce délai est exclu des garanties.

Il n'y a pas de délai d'attente pour les garanties Décès/PTIA toutes causes et Décès/PTIA accidentel.

**La garantie Maladies redoutées prendra effet après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion.**

**Concernant les garanties Incapacité temporaire totale de travail, Invalidité permanente totale, Invalidité permanente partielle, Exonération des cotisations, Frais généraux permanents :**

- il n'y a aucun délai d'attente en cas d'accident ;
- **un délai d'attente de 90 jours est applicable en cas de maladie, sauf les affections psychiques pour lesquelles un délai d'attente de 12 mois est prévu ;**
- dans le cadre d'un changement d'assurance, les délais d'attente peuvent être abrogés, lorsque les garanties souscrites remplacent des garanties de même nature et de montant équivalent. La décision revient à MAIF VIE.

## 8.4 - Renonciation

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion est conclue (date d'émission du certificat d'adhésion) ;
- soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du Code de la consommation en cas d'adhésion à distance (par internet), si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

S'agissant d'un contrat renouvelable par tacite reconduction, la possibilité de renoncer à votre adhésion ne s'applique que lors de l'adhésion initiale, et non lors des renouvellements.

**Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion, vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation.**

Les garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et MAIF VIE vous remboursera les cotisations déjà versées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Pour exercer votre droit à renonciation, vous devez notifier votre décision de renonciation à l'adhésion à Cbp par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante et avant l'expiration du délai de rétractation de trente (30) jours susmentionnés :

Cbp France - CS 20008 - 44967 Nantes cedex 9

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation ci-après :

*Je soussigné M. (Mme), Nom Prénom..... demeurant à .....déclare renoncer à mon adhésion au contrat MAIF ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE n° XX en date du (date) et vous demande le remboursement de la cotisation déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle l'adhésion était en vigueur.*

*« Date et signature »*



## 8.5 - Durée de l'adhésion

L'adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année, pour autant que les contrats d'assurance de groupe ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE soient toujours en vigueur.

## 8.6 - Cessation de l'adhésion et des garanties

**La cessation de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties.**

**L'adhésion cesse dans les cas suivants :**

- renonciation de l'adhérent ;
  - en cas de résiliation de l'adhésion par l'assureur, sous réserve des dispositions de la Loi Evin.
  - résiliation par l'adhérent de l'adhésion, au choix de l'assuré :
    - soit par lettre ou tout autre support durable ;
    - soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
    - soit par acte extrajudiciaire ;
    - soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
  - Cette résiliation doit être adressée à l'assureur au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année, sous réserve de l'accord, le cas échéant, du **bénéficiaire**  acceptant ;
  - en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat conformément aux dispositions légales et aux dispositions du contrat ;
  - en cas de non-paiement des cotisations au terme de la procédure définie ;
  - lorsque l'assuré atteint son 85<sup>e</sup> anniversaire ;
  - si l'assuré décède (hors garantie Double effet, et rentes éducation et temporaire **conjoint**  si souscrites).
  - si l'assuré est reconnu en PTIA pour autant qu'à ce titre l'assureur lui verse le capital prévu sous forme de capital ou de rente viagère ;
  - si l'assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable ;
- pour l'assuré conjoint collaborateur, dès lors que :**
- l'adhésion du membre participant principal est résiliée ;
  - ou que le conjoint perd son statut de conjoint collaborateur.

L'assureur devra impérativement être informé si l'assuré cesse d'exercer la profession déclarée, si les conditions d'exercice de cette profession sont modifiées, si l'assuré change de statut social ou change de domicile. L'assureur se réserve le droit de modifier le tarif applicable à l'adhésion en fonction de la nouvelle situation de l'assuré, selon la grille de tarif en vigueur chez l'assureur à la date de ce changement, ou de mettre fin à l'adhésion si les critères d'éligibilité au contrat ne sont plus vérifiés.


Toutefois, en cas de changement de statut social de l'assuré, les garanties de base obligatoires Décès/PTIA toutes causes ou Décès/PTIA accidentels pourront être maintenues, à la demande de l'adhérent, pour une durée maximum de 12 mois à compter du changement de statut, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

**Si la découverte de ce changement intervient lors d'un sinistre, l'assureur se réserve le droit de procéder à la déchéance de garanties ou de réduire les prestations selon les dispositions des Articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances.**

## 9 - LA COTISATION

### 9.1 - Comment est déterminée la cotisation ?


La cotisation de l'assuré est déterminée en fonction :

- de son âge atteint (calculé par différence de millésime) ;
- de son activité professionnelle ;
- de son régime obligatoire ;
- de son lieu de résidence ;
- de son statut de fumeur ou non ;
- de son statut de créateur/**repreneur**  ou non ;
- des options de garantie souscrites ;
- et des niveaux de garantie souscrits.

La cotisation évolue ensuite chaque année à compter de la date d'échéance annuelle, en fonction de l'âge atteint (calculé par différence de millésime) par l'assuré à cette date.

Statut de créateur/repreneur :

**Une réduction spéciale créateur/repreneur d'entreprise de 10 % est accordée les 5 premières années de l'adhésion.**

Pour bénéficier de cette réduction, Vous devez nous fournir la justification de votre qualité de **créateur**  ou repreneur lors de votre adhésion.

### 9.2 - révision de la cotisation

Le montant des garanties et des cotisations sera automatiquement indexé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, suivant l'évolution sur les 12 derniers mois du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS).

Cette condition ne s'applique toutefois pas si seules les garanties Décès/PTIA et Double effet ont été souscrites.

L'assureur se réserve la possibilité de modifier au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année moyennant un préavis de 3 mois, le tarif et/ou les garanties applicables aux assurés, si les résultats techniques du contrat sont défavorables. L'adhérent pourra dans ce cas procéder à la résiliation de son adhésion.

Enfin, si une nouvelle loi, un nouveau règlement ou une nouvelle taxe a pour conséquence de modifier les engagements de l'assureur, celui-ci se réserve le droit d'adapter en conséquence les tarifs et/ou les garanties.

### 9.3 - Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France au nom de l'assuré ou de son entreprise. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon la périodicité de paiement choisie lors de votre adhésion.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'un contrat de cette nature payé par une société au bénéfice de personnes physiques peut constituer, pour l'Administration fiscale, un avantage en nature (article 62 du CGI).

### 9.4 - Que se passe-t-il en cas de non-paiement de la cotisation ?

**À défaut du paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, Cbp France adressera à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure entraînant un nouveau délai de trente (30) jours à l'expiration duquel les garanties seront suspendues.**

**Dix (10) jours après l'expiration du délai fixé au paragraphe précédent, l'adhésion sera résiliée de plein droit.**

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible immédiatement pour l'année entière et pourra être recouvrée par voie judiciaire.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

## 10 - LES INFORMATIONS À PORTER À NOTRE CONNAISSANCE

L'adhésion est établie d'après les déclarations faites par l'assuré, que ce soit lors de l'adhésion ou pendant la durée de celle-ci.

L'assuré est tenu d'informer l'assureur dans les 3 mois de :

- toute modification ou cessation de son activité professionnelle, ainsi que tout changement dans les conditions d'exercice de son activité professionnelle ;
- son changement de statut ;
- son changement de domicile.

Si l'assuré a souscrit des garanties ITT/IPT/IPP avec une **franchise** 📖 maladie supérieure ou égale à 60 jours, il est tenu d'informer l'assureur de son état d'arrêt de travail à partir du 30<sup>e</sup> jour consécutif d'arrêt.

L'assureur se réserve le droit de reconsidérer l'adhésion ou les conditions de garantie en fonction des éléments portés à sa connaissance. **Si un de ces changements n'est pas déclaré à l'assureur mais découvert par ce dernier ultérieurement, notamment lors d'un sinistre, l'assureur sera en droit de faire application des articles L113-8 (nullité de l'adhésion) ou L113-9 (réduction des prestations).**

Lors de l'adhésion, il appartient à l'adhérent de s'assurer que les montants souscrits sont en adéquation avec ses besoins et avec ses revenus professionnels, étant entendu que l'adhésion vise à couvrir, au titre de la garantie Incapacité temporaire total de travail, au maximum la perte de 120 % de son revenu, liée à l'incapacité de l'assuré d'exercer sa profession.

**Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration au moment de l'adhésion, intentionnelle ou non de la part de l'adhérent et/de l'assuré, et susceptible d'affecter l'appréciation du risque par l'assureur ou la non déclaration ultérieure d'une aggravation du risque ou d'un changement de profession ou des conditions d'exercice de la profession initialement déclarée, sera sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par une réduction de prestation ou la nullité du contrat (articles L1138 et L113-9 du Code des assurances).**

**De même toute omission, réticence, fausse déclaration, intentionnelle ou non, dans la déclaration du sinistre, expose l'assuré à la déchéance de garanties et à la résiliation de son adhésion.**

**Au cas de déclaration tardive d'un sinistre 📖 incapacité, invalidité, la prise en charge interviendra à compter de la réception de la déclaration par le médecin-conseil de l'assureur.**

## 11 - QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATION ?

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions ou des informations sur les clauses ou conditions d'application de votre contrat, Cbp France est en mesure d'étudier vos demandes.

En cas de mécontentement, vous pouvez formuler une réclamation en contactant : Cbp France - Service réclamations CS 20008 - 44967 Nantes cedex 9 - Tél : 09 72 67 00 50 - @ : cbp.reclamations@cbp-group.com.

Cbp France s'engage à accuser réception de votre réclamation dans les deux (2) jours ouvrables suivant sa réception. Si la réponse apportée ne vous satisfait pas et que le différend persiste, vous pouvez formuler une réclamation auprès de MAIF VIE dont les coordonnées auront été précisées par Cbp France dans le courrier de réponse à la réclamation précédente.

MAIF VIE s'engage à accuser réception de votre réclamation dans les deux (2) jours ouvrables suivant sa réception. Quel que soit le niveau de traitement de votre réclamation, une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximum d'un mois.

En cas de désaccord persistant sur la réponse apportée et après épuisement des voies de recours internes indiquées ci-dessus, vous avez la faculté de faire appel à la Médiation de l'assurance (LMA), sans préjudice des autres voies d'actions légales. La saisine de la médiation s'effectue :

- par voie électronique, en complétant le formulaire disponible sur le site internet : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org),
- ou par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

La charte de la médiation de l'assurance et les conditions d'accès à cette médiation sont disponibles sur le site internet indiqué ci-dessus.

# Les garanties d'assistance

## 12 - LEXIQUE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les définitions ci-après sont spécifiques aux prestations d'assistance et peuvent différer du lexique des garanties de prévoyance de la notice.

### Accident corporel

La définition est identique à celle mentionnée pour les garanties Prévoyance.

### Accident ou maladie invalidante

Accident ou **maladie** 📖 entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.

### Adhérent

Personne ayant souscrit un contrat ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE auprès de MAIF VIE.

### Animaux domestiques

- Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense, chats,
- NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquets, perruches, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'Inde, gerbilles, écureuils de Corée).

### Bénéficiaires des garanties d'assistance

L'**adhérent** 📖 ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs. Les bénéficiaires sont définis prestation par prestation.

### Centre de convalescence

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

### Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en **France** 📖.

### France

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

### Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, d'au moins 24 heures ou toute hospitalisation dans un hôpital de jour pour autant que cela concerne une **intervention chirurgicale** 📖 avec une anesthésie générale et un suivi post opération en salle de réveil.

### Immobilisation imprévue

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son **domicile** 📖, consécutive à une **maladie** 📖 ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

### Intervention chirurgicale

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'**hospitalisation** 📖.

### Liste des pathologies lourdes

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de MAIF Assistance.

### Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et indépendante.

### Maladie invalidante

Maladie entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.

## 13 - DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSISTANCE

L'assistance est incluse dans les garanties de base du contrat ASSURANCE PREVOYANCE PROFESSIONNELLE. Les prestations sont mises en œuvre par Inter Mutuelles Assistance pour le compte de MAIF Assistance.

Les spécificités liées aux prestations d'assistance sont décrites dans les rubriques 12 à 16 de cette notice.

Les garanties d'assistance s'appliquent en cas :

- d'**accident corporel** ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une **hospitalisation** imprévue ou une **immobilisation imprévue** au **domicile** ;
  - d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée ;
  - de chirurgie ambulatoire entraînant une immobilisation au domicile ;
  - d'**intervention chirurgicale** entraînant une immobilisation au domicile ;
  - de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde (La **liste des pathologies lourdes** est précisée dans la rubrique « Lexique des prestations d'assistance ») entraînant une hospitalisation ;
  - de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation ;
  - d'**accident ou maladie invalidante** ;
  - d'évènement traumatisant,
- dans les conditions spécifiées à chaque article.

### L'étendue territoriale

Les garanties d'assistance s'appliquent en **France** métropolitaine (et par assimilation, la principauté de Monaco et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'**adhérent** est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine ;
- si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

## 14 - LE CONTENU DES GARANTIES D'ASSISTANCE

### 14.1 - Garantie accordée dès la souscription du contrat






#### 14.1.1 - Le conseil social

MAIF Assistance organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

### 14.2 - Les garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée, chirurgie ambulatoire ou intervention chirurgicale comprenant une nuit, et en cas d'immobilisation imprévue

#### 14.2.1 - L'aide à domicile

- En cas d'accident ou de **maladie**  soudaine et imprévisible entraînant :
  - une **hospitalisation**  imprévue de plus de 24 heures de l'**adhérent**  ou de son conjoint ;
  - ou une **immobilisation imprévue**  au **domicile**  de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.

Cette garantie comprend l'organisation et la prise en charge de la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.


Le nombre d'heures attribué est évalué par MAIF Assistance selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

#### 14.2.2 - La présence d'un proche

- En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
  - une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ;
  - ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.

Cette garantie comprend :

- l'organisation et la prise en charge, en **France** , du déplacement aller-retour d'un proche par train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique ;
- l'organisation et la participation aux frais de son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 euros par nuit.

#### 14.2.3 - La prise en charge des animaux domestiques

- En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.



MAIF Assistance participe financièrement, sur présentation d'un justificatif de paiement, à l'une des prestations suivantes :

- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- ou la garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent ;
- ou la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15 euros par jour, jusqu'à 300 euros TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

- En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation **imprévue au domicile** 📖 de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

MAIF Assistance participe financièrement, sur présentation d'un justificatif, à la prestation suivante :

- la promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15 euros par jour, jusqu'à 300 euros TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

#### **14.2.4 - La fermeture du domicile quitté en urgence**

- En cas d'accident ou de **maladie** 📖 soudaine et imprévisible entraînant une **hospitalisation** 📖 imprévue de plus de 24 heures de l'**adhérent** 📖 ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, cette garantie permet l'organisation et la prise en charge de la venue d'une aide à **domicile** 📖 dans la limite de 2 heures, afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend la fermeture des accès du logement, la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement, le traitement des denrées périssables.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. L'intervention est réalisée dans les 24 heures suivant la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, MAIF Assistance organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

#### **14.2.5 - La préparation du retour au domicile**

- En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, cette garantie permet l'organisation et la prise en charge de la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques ; la mise en température du chauffage du logement ; le ménage ; les courses (le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent).

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. L'intervention est réalisée dans les 24 heures suivant la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, MAIF Assistance organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

#### **14.2.6 - Le transport aux rendez-vous médicaux et paramédicaux**

- En cas d'accident ou de **maladie** 📖 soudaine et imprévisible entraînant une **immobilisation imprévue** 📖 au **domicile** 📖 de plus de 5 jours de **l'adhérent** 📖 ou de son conjoint.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, cette garantie comprend l'organisation et la prise en charge, sur une période de 30 jours, d'un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km du bénéficiaire de son domicile vers son médecin, l'hôpital ou un cabinet médical.

### **14.3 - Les garanties d'assistance à la famille en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée et/ou d'immobilisation imprévue**

#### **14.3.1 - La prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)**

- En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
  - une **hospitalisation** 📖 imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant ;
  - ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

Cette garantie comprend l'organisation et la prise en charge d'une des prestations suivantes :

- le déplacement aller-retour d'un proche, par train en 1<sup>ère</sup> classe ou par avion en classe économique, pour garder les enfants au domicile ;
- ou, le transfert des enfants : le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train en 1<sup>ère</sup> classe ou par avion en classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAIF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires ;
- ou, dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MAIF Assistance selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.






#### **14.3.2 - La conduite à l'école et le retour à domicile des enfants**

- En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
  - une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ;
  - ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, cette garantie comprend l'organisation et la prise en charge de la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 3 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

### 14.3.3 - La conduite aux activités extrascolaires

- En cas d'accident ou de **maladie**  soudaine et imprévisible entraînant :
  - une **hospitalisation**  imprévue de plus de 24 heures de l'**adhérent**  ou de son conjoint ;
  - ou une **immobilisation imprévue**  au **domicile**  de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.

Cette garantie comprend l'organisation et la prise en charge, lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, de la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 3 semaines.

### 14.3.4 - L'aide aux devoirs

- En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
  - une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ;
  - ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.

Cette garantie comprend l'organisation et la prise en charge d'un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à l'hospitalisation ou à l'immobilisation de l'adhérent ou de son conjoint. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, à raison de 2 heures par enfant et par semaine.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 3 semaines.

### 14.3.5 - La prise en charge des ascendants

- En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
  - une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ;
  - ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
- En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.

Cette garantie comprend l'organisation et la prise en charge d'une des garanties suivantes :

- le déplacement aller-retour d'un proche, en train en 1<sup>ère</sup> classe ou par avion en classe économique, pour garder les ascendants au domicile ;
- ou, le déplacement aller-retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train en 1<sup>ère</sup> classe ou par avion en classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir ;
- ou, dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MAIF Assistance selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.



## 14.4 - La garantie de soutien psychologique en cas d'événement traumatisant

- En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires, MAIF Assistance peut organiser et prendre en charge, selon la situation :
  - jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
  - et si nécessaire, jusqu'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'événement. La garantie est accessible 24 heures sur 24.

## 14.5 - Les garanties en lien avec l'activité professionnelle

### 14.5.1 - L'aide au retour à l'emploi

- En cas d'accident ou de **maladie invalidante**  de l'**adhérent**  ou de son conjoint collaborateur rendant impossible l'exercice de l'emploi actuel, vous pouvez bénéficier d'une aide au retour à l'emploi. Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :
  - le recueil de données et l'analyse de la situation professionnelle ;
  - les informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, les acteurs et organismes compétents, des préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, une aide à la réflexion et à la décision...

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'événement ou dans les 12 mois faisant suite à un séjour en centre de soins de suite ou de rééducation.

Si nécessaire, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :

- un bilan professionnel : cartographie des compétences, analyse du savoir être et formalisation d'un projet ;
- les techniques de recherche d'emploi : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche ;
- la prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant.

Cette garantie est limitée à :

- 7 entretiens en face à face (ou téléphoniques) sur 4 mois pour le bilan professionnel et les techniques de recherche d'emploi ;
  - 3 entretiens sur 3 mois pour la prospection d'offres d'emploi,
- dans les 12 mois suivant l'évènement ou dans les 12 mois faisant suite à un séjour en centre de soins de suite ou de rééducation.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par MAIF Assistance auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité de MAIF Assistance ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

### 14.5.2 - L'assistance administrative à la carte

- En cas d'accident ou de maladie invalidante de l'adhérent ou de son conjoint collaborateur rendant impossible l'exercice de l'activité professionnelle,
- Ou, en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint collaborateur rendant impossible le maintien de l'activité professionnelle.

Cette garantie permet à l'adhérent ou à son conjoint collaborateur de bénéficier d'une assistance administrative :

- support à la gestion professionnelle avec le traitement de formalités administratives, secrétariat, soutien comptable ;
- support à la gestion privée : gestion du courrier, classement et archivage de documents personnels.

La garantie est limitée à 24 heures dans les 12 mois suivant l'événement.

### **14.5.3 - Le soutien à l'activité professionnelle en cas de perturbation sur le long terme**

- En cas d'accident entraînant une **hospitalisation** 📖 de plus de 10 jours de l'**adhérent** 📖 ou de son conjoint collaborateur, ou une immobilisation au **domicile** 📖 de plus de 30 jours de l'adhérent ou de son conjoint collaborateur,
- Ou, en cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint collaborateur,
- Ou, en cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent ou de son conjoint collaborateur,
- Ou, en cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent ou de son conjoint collaborateur.

**Une aide aux déplacements** pour effectuer les démarches et les formalités liées à l'activité professionnelle.

Cette garantie prend en charge 12 trajets aller-retour dans les 12 mois suivant l'événement, dans la limite totale de 750 euros, pour l'adhérent, le conjoint collaborateur ou une personne de confiance.

**Un service coursier** pour l'acheminement de documents professionnels et urgents :

- depuis le domicile vers le lieu de travail ou à « la Poste » ;
- ou, depuis le lieu de travail vers le domicile lorsque ni l'adhérent ni son conjoint collaborateur ne sont en mesure de déposer les documents et qu'aucune autre solution n'est possible auprès des proches.

Dans la limite de 12 portages dans les 12 mois suivant l'événement, dans un rayon de 30 km.

### **Une assistance administrative à la carte**

Cette garantie permet à l'adhérent ou à son conjoint collaborateur de bénéficier d'une assistance administrative :

- support à la gestion professionnelle avec le traitement de formalités administratives, secrétariat, soutien comptable ;
- support à la gestion privée : gestion du courrier, classement et archivage de documents personnels.

La garantie est limitée à 24 heures dans les 12 mois suivant l'événement.

### **Un accompagnement budgétaire**

MAIF Assistance propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'adhérent et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un conseiller en économie sociale et familiale sur 12 mois.


**Pour bénéficier des garanties d'assistance, contactez directement MAIF Assistance au 05 49 76 98 14**

## 15 - LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

### 15.1 - Les pièces justificatives



MAIF Assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de la demande de mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation).

### 15.2 - La durée des garanties

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE souscrit par l'**adhérent**  auprès de MAIF VIE et, en fonction du fait générateur à l'origine du déclenchement des garanties, ces dernières peuvent se prolonger, après la résiliation du contrat, conformément aux obligations du contrat ASSURANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE.

### 15.3 - Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 14.2.2 à 14.2.6 doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent :

- une immobilisation au **domicile**  ;
- la sortie d'une **hospitalisation** .

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.


Pour la garantie Aide à domicile prévue à l'article 14.2.1 le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'événement. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.


Illustration : en cas d'appel le 8<sup>ème</sup> jour, la garantie est alors plafonnée à 12 jours.

### 15.4 - Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, MAIF Assistance se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention de MAIF Assistance, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un **Centre de Convalescence**  du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

En cas de **maladie**  entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par MAIF Assistance ou en accord préalable avec elle.

MAIF Assistance ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, MAIF Assistance pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par MAIF Assistance en outre-mer, elles sont prises en charge dans la limite des barèmes retenus en **France** 📖 métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable de MAIF Assistance et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

## 15.5 - Fausse déclaration de risque

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie. Il appartient à MAIF Assistance d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

## 16 - CE QUE VOS GARANTIES D'ASSISTANCE NE COUVRE PAS LES EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.
- Les décès consécutifs :
  - à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
  - à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
  - à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
  - à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes ;
  - à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance) ;
  - aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.
- Les hospitalisations 📖 :
  - dans des établissements et services gérontologiques et gériatriques,
  - 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, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences,
  - les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

La preuve de l'exclusion incombe à MAIF Assistance.

## **17 - QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATION SUR L'ASSISTANCE ?**

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec MAIF Assistance au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires doivent contacter en premier lieu leur interlocuteur habituel.

En second lieu et à défaut de solution, vous pouvez contacter le Service Consommateur de MAIF Assistance par courriel depuis le site [www.ima.eu](http://www.ima.eu), Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 79 033 Niort Cedex 9.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de votre réclamation dans les deux jours ouvrés suivant sa réception, une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximum d'un mois.

Si le litige persiste, vous pouvez, à tout moment, après avoir eu recours à la démarche exposée ci-dessus, présenter une réclamation par lettre simple adressée à : MAIF, service Réclamations, CS 90000, 79038 Niort cedex 9, ou par message électronique à : [reclamation@maif.fr](mailto:reclamation@maif.fr).


En cas de désaccord persistant sur la réponse apportée et après épuisement des voies de recours internes indiquées ci-dessus, vous avez la faculté de faire appel à la Médiation de l'assurance (LMA), sans préjudice des autres voies d'actions légales. La saisine de la médiation s'effectue : – par voie électronique, en complétant le formulaire disponible sur le site internet : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org), – ou par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09. La charte de la médiation de l'assurance et les conditions d'accès à cette médiation sont disponibles sur le site internet indiqué ci-dessus.



# Dispositions générales

## 18 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1, L114-2 et L114-3 du Code des assurances qui prévoient :

- article L114-1 : « 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 : « 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 : « 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;
- 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 (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

## 19 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Vos données personnelles sont traitées par MAIF VIE et MAIF, responsables de traitement, et sont utilisées pour :

- la réalisation des opérations précontractuelles ou contractuelles sur la base de l'exécution du contrat ;
- la personnalisation des offres et l'envoi d'informations sur les produits et services distribués par le groupe MAIF et ses partenaires sur la base de vos choix (consentement, que vous pouvez retirer à tout moment, ou opposition) ;
- la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme dans le cadre de la législation ;
- la lutte contre la fraude sur la base de l'intérêt légitime. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- la réalisation de statistiques sur la base de l'intérêt légitime.

La durée de conservation de vos données est comprise entre 36 mois et la durée du contrat augmentée des prescriptions applicables (en cas de souscription). Les destinataires de vos données sont MAIF VIE, MAIF, leurs distributeurs et leurs sous-traitants. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité, d'opposition, de suppression, et vous pouvez définir des directives post mortem relatives à vos données.

Vous pouvez exercer vos droits auprès de MAIF VIE - « Le Pavois » - 50 avenue Salvador Allende - CS 90000 79029 Niort cedex 9 - Mail : vosdonnees.maifvie@maif.fr, ou en contactant le Délégué à la protection des données du groupe MAIF - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9 ou vosdonnees@maif.fr.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'un démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr). Toutefois en tant qu'adhérent, nous sommes susceptibles de vous adresser de tels appels téléphoniques.

Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur [maif.fr](http://maif.fr) rubrique données personnelles.

## **20 - LUTTE ANTI-BLANCHIMENT**

Comme toute compagnie d'assurances, l'assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du Code monétaire et financier. C'est pourquoi, l'assureur a l'obligation d'identifier et de connaître ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations de leurs contrats d'assurance.

Conformément à l'article R113-14 du Code des assurances, l'absence des informations énoncées ci-dessus ou l'absence d'actualisation de celles-ci est susceptible d'entraîner la cessation de l'adhésion au contrat par l'assureur. Toutes les informations sur le client ou ses opérations recueillies par l'intermédiaire d'assurance, notamment pour le compte de l'assureur, sont accessibles, en application de la réglementation.

## **21 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

L'autorité chargée du contrôle des entreprises qui accordent les prestations prévues par la convention est : l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.


## **22 - JURIDICTION COMPÉTENTE**

Tout litige relatif à l'application du contrat relève exclusivement de la compétence des juridictions françaises.

# Annexe

## Précisions sur le libellé de la clause bénéficiaire

**Clause : « Mon conjoint/partenaire de Pacs, à défaut, mes enfants nés ou à naître à égalité, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers\* ».**

- Par **conjoint/partenaire de Pacs**, il faut entendre la personne mariée/pacsée avec l'adhérent/assuré au moment du décès de celui-ci.
- Si l'adhérent/assuré a **divorcé/mis fin au Pacs** puis s'est remarié/repacsé, c'est son conjoint/partenaire de Pacs au moment du décès qui sera bénéficiaire.
- En cas de **décès du conjoint/partenaire de Pacs** avant celui de l'adhérent/assuré ou en cas de divorce sans remariage/de rupture du Pacs, le capital garanti sera versé aux enfants de l'adhérent/assuré (voir ci-dessous) selon la modalité de sortie qu'il a choisie, à défaut à ses héritiers.
- Le **concubin** n'est pas considéré comme un **conjoint**  ou un partenaire de Pacs. Pour le désigner, il faut retenir la clause libre et indiquer ses nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse.

**Clause : « Exclusivement mes enfants nés ou à naître à égalité, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers\* ».**


- **Seuls les enfants** de l'adhérent/assuré recevront le capital garanti après son décès.
- La mention « **nés ou à naître** » permet d'inclure tous les enfants nés mais aussi à naître, c'est à-dire conçus avant le décès de l'adhérent/assuré.
- L'indication « **vivants ou représentés** » est essentielle : en cas de décès de l'un des enfants avant celui de l'adhérent/assuré, la part du capital qui lui serait revenue sera partagée entre ses propres enfants.

**Clause libre : désignation nominative du (ou des) bénéficiaire(s), « à défaut mes héritiers\* ».**

Une clause imprécise, mal rédigée, complexe est susceptible de générer des contentieux entre les bénéficiaires.

**Vous pouvez utiliser un courrier, dans ce cas, pensez à préciser vos nom, prénom, adresse et n° d'adhérent, puis à le dater et le signer.**

Il est important, pour chaque bénéficiaire, d'indiquer :

- ses nom, prénom, date et lieu de naissance et adresse ;
- sa part attribuée en pourcentage (le total des parts doit être égal à 100 %) ;
- un ou plusieurs autres bénéficiaires en cas de décès ou de renonciation du **bénéficiaire**  désigné en ajoutant la mention :
  - « vivant ou représenté »,
  - « à défaut... » (en indiquant pour chacun ses nom, prénom, date et lieu de naissance et part attribuée),
  - « à défaut de l'un des bénéficiaires, la part qui lui serait revenue sera répartie entre les autres bénéficiaires, par parts égales ou selon le pourcentage suivant... » (cette mention vaut pour l'ensemble des bénéficiaires).

*Exemple :*

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., né(e) le....., souhaite désigner comme bénéficiaire(s) de mon contrat (nom du contrat et son numéro) souscrit le (date de souscription) :

X % pour Mme/M..... (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse) vivant(e) ou représenté(e),

Y % pour Mme/M..... (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse), à défaut

Mme/M.....vivant(e) ou représenté(e),

Z % pour Mme/M..... et Mme/M..... par parts égales entre eux, à défaut de l'un d'eux,

sa part sera répartie entre les bénéficiaires suivants : Mme/M..... et Mme/M.....

vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers ».

X + Y + Z doit être égal à 100 %.

En cas de difficultés pour la rédaction de cette clause, vous pouvez contacter les conseillers Cbp au 0 969 370 594.

\* À noter : la définition juridique du terme « héritiers » concerne le conjoint et les enfants ou leurs descendants, à défaut les parents et les frères et sœurs ou les descendants de ces derniers, à défaut les grands-parents, à défaut les oncles et tantes, cousins et cousines.

**MAIF.FR**

Retrouvez-nous aussi sur   

Les contrats collectifs Assurance Prévoyance Professionnelle ont été souscrits par l'ASAP auprès de MAIF et de MAIF VIE, filiale assurance vie de MAIF. Ces contrats, conçus par MAIF et MAIF VIE, sont gérés par Cbp France et proposés par MAIF. Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par le groupement d'intérêt économique Inter Mutuelles Assistance.

**MAIF** - Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9.

**MAIF VIE** - Société anonyme au capital de 122 000 000 € - RCS Niort 330 432 782 - CS 90000 - 79029 Niort cedex 9.  
Entreprises régies par le Code des assurances.

**INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE** - Groupement d'intérêt économique au capital de 3 547 170 € - RCS Niort 433 240 991  
118 avenue de Paris -79000 Niort.

**CBP FRANCE** - Société par actions simplifiée au capital de 62 035 € - Immatriculée au RCS de Nantes sous le n° 863 800 868.  
Société de courtage d'assurance Inscrite au registre unique sous le numéro 07 009 030 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - 3 rue Victor Schoelcher  
Bâtiments E et F - 44800 Saint-Herblain.

**ASSOCIATION SOLIDARITÉ AUTONOMIE et PRÉVOYANCE (ASAP)** - CS 90000 - 79029 Niort cedex 9

NI.APP - 07/21 - Conception et réalisation : Studio de création MAIF.

