

MES BIENS

MON ARGENT

MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE

**MON ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE**



PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS
CHEFS D'ENTREPRISE

LE PLAN DE PRÉVOYANCE HORIZON BIORYTHM

NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT



**LE PLAN DE PRÉVOYANCE HORIZON
BIORYTHM**
Notice d'information valant règlement

Réf. 01/11

INFORMATIONS GÉNÉRALES	p. 3
DÉFINITIONS	p. 4
LES CONTRATS	p. 7
Complémentaire santé	p. 7
Perte de Revenus	p. 17
Décès	p. 19
Accident	p. 20
Étendue territoriale de vos garanties	p. 21
QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS ?	p. 22
Exclusions communes à toutes les assurances	p. 22
Autres cas	p. 23
Exclusions particulières à l'assurance Perte de Revenus	p. 23
QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT, MALADIE OU DÉCÈS ?	p. 24
Remboursement frais de santé	p. 24
Incapacité temporaire totale de travail	p. 25
Décès	p. 25
Invalidité absolue et définitive	p. 26
Formule rente éducation	p. 26
Clause d'arbitrage	p. 26
LA VIE DE VOTRE CONTRAT	p. 27
Formation et durée de votre contrat	p. 27
Délai de renonciation	p. 27
Déclaration du risque	p. 27
Diminution du risque	p. 28
Votre cotisation	p. 28
Revalorisation des indemnités en cours de service	p. 30
Subrogation	p. 30
Prescription	p. 31
Cessation de votre contrat	p. 31
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	p. 32

DISPOSITIF DE LA LOI MADELIN

Dispositions fiscales et sociales non contractuelles applicables aux cotisations des adhésions aux contrats de groupe d'assurance dans le cadre fiscal de la loi Madelin (loi du 11 février 1994 modifiée par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 et par la loi de finances pour 2004).

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

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

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

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

DÉFINITIONS

ACCESSOIRE

Tout ce qui est considéré comme petit appareillage par le régime obligatoire et pris en charge à ce titre à 60 % de la base de remboursement.

ACCIDENT

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

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

ADHÉRENT

Personne qui adhère à l'un des contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative cités ci-après :

- Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'AMATI auprès de MAAF SANTE, FORCE ET SANTE, MAAF VIE permettant à l'adhérent/assuré, ayant le statut professionnel de Travailleur Non Salarié Non Agricole de se constituer un régime de prévoyance complémentaire et supplémentaire facultatif de prévoyance dans le cadre fiscal de la Loi Madelin ;
- Contrat d'assurance de groupe sur la vie à adhésion facultative « Assurance décès » souscrit par MAAF Assurances auprès de MAAF VIE. Ce contrat est ouvert à tout sociétaire de MAAF Assurances.

AMBULATOIRE

Hospitalisation dans un établissement de santé où en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

ASSURÉ

Personne physique ou morale au profit de laquelle le contrat a été souscrit. L'assuré est la personne sur laquelle le risque repose et qui bénéficie des prestations définies par l'assureur. Pour les garanties de prévoyance autres que la santé, l'assuré ne doit pas exercer l'une

des professions suivantes : cascadeurs, jockeys, pompiers, membres de l'armée, de la police et de la gendarmerie.

Synonymes : bénéficiaire.

AUTOMÉDICATION

Il s'agit des médicaments achetés en pharmacie sans ordonnance.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné, soit que la profession n'a pas signé de convention avec l'assurance maladie obligatoire, soit que ce professionnel de santé a choisi d'exercer en dehors de la convention, ou encore a été exclu de la convention par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes :

- (BRSS) base de remboursement de la Sécurité sociale,
- (BRAMO) base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

CARENCE (délai d'attente)

Période fixée par le contrat d'assurance qui commence à courir à compter du jour de la souscription ou de l'adhésion au cours de laquelle toute maladie (ainsi que ses suites, conséquences, rechutes et récurrences) survenue et constatée médicalement ne peut donner lieu à indemnisation.

CONCUBINAGE

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

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

➤ CONJOINT

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

➤ CONSOLIDATION

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

➤ CONTRAT

Il se compose de la présente notice d'information, des Conditions Particulières (pour les assurances « Perte de Revenus », « Accidents » et « Complémentaire Santé ») et du Certificat d'Adhésion (pour « l'Assurance Décès ») et leurs éventuelles annexes, remises à la personne qui souscrit le contrat.

➤ CONTRAT « MADELIN »

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

➤ CONTRAT « RESPONSABLE ET SOLIDAIRE »

La très grande majorité des complémentaires santé est « responsable et solidaire ». Cette caractéristique vous sera toujours indiquée.

La loi qualifie une complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie).

Les complémentaires santé « responsables » remboursent au minimum :

- 30 % du tarif des consultations du médecin traitant (ou du médecin vers lequel il vous a orienté) dans le cadre du parcours de soins coordonnés,
- 30 % du tarif des médicaments remboursables à 65 % par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches),
- 35 % du tarif des examens de biologie médicale prescrits par le médecin traitant (ou le médecin vers lequel il vous a orienté),
- le ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention fixées par la réglementation.

En revanche, elles ne remboursent pas :

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1€ applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 € par boîte de médicament).

➤ DÉCHÉANCE

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

➤ FRANCHISE

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

La franchise choisie par l'assuré/souscripteur/adhérent figurera sur les conditions particulières.

Il existe deux catégories de franchise pour le contrat « Perte de revenus » :

1) Franchise absolue

Les indemnités sont versées à partir du 1^{er} jour suivant la durée choisie par l'assuré/souscripteur/l'adhérent parmi les propositions suivantes (voir tableau page 4).

2) Franchise spécifique

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

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

➤ FRANCHISE MÉDICALE

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments,
- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

Voir également : contrat « responsable et solidaire ».

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Sont considérées comme pathologiques les grossesses suivantes : les menaces d'accouchement prématuré nécessitant une hospitalisation continue jusqu'à l'accouchement, les menaces d'accouchement prématuré avec nécessité de cerclage, l'hypertension artérielle maligne gravidique avec nécessité d'un suivi médical hospitalier, la toxémie gravidique.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

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

INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

L'assuré est reconnu en état d'invalidité absolue et définitive lorsqu'il se trouve par suite de maladie ou d'accident en état d'invalidité le rendant absolument et définitivement incapable de se livrer à une occupation quelconque, et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (Classification "Invalide de 3^{ème} catégorie" de la Sécurité Sociale).

L'AMATI

Association Multiprofessionnelle pour les Assurances des Travailleurs Indépendants.

MALADIE

Toute altération de votre état de santé constatée médicalement.

NOUS

FORCE ET SANTE : Chauray 79081 Niort Cedex 9 - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - RNM 443 443 825 - pour les assurances "Accident" et « Perte de revenus ».

MAAF SANTE : Chauray 79030 Niort Cedex 9 - pour l'assurance "Complémentaire Santé".

MAAF VIE : Chauray 79036 Niort Cedex 9 - Société d'assurance sur la vie régie par le Code des Assurances - pour les contrats d'assurance sur la vie n° 02110 ou 02120 (non Madelin) et n° 02111 ou 02121 (Madelin) à adhésion facultative de l'assurance Décès.

PRESTATIONS (D'UN CONTRAT D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE)

Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

RIXE

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

SOUSCRIPTEUR

Pour les contrats individuels « complémentaire santé », « Perte de Revenus » et « Assurance Accident » : personne physique ou morale, appelée également sociétaire, qui souscrit le contrat et s'acquitte des cotisations.

Pour les contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative « Assurance décès » non inscrits dans le dispositif de la Loi Madelin : MAAF Assurances, personne morale qui signe le contrat d'assurance de groupe.

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

TÉLÉTRANSMISSION

Échange de données informatiques entre les Régimes Obligatoires et les assurances complémentaires évitant ainsi l'envoi des décomptes et permettant un remboursement automatique plus rapide.

VOUS

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

Nous expliquons dans les pages suivantes comment bénéficier des garanties.

TIERS PAYANT

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Synonyme : dispense d'avance des frais.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Le contrat a pour objet d'allouer aux assurés désignés, dans les conditions fixées par le règlement Mutualiste, des prestations en cas de maladie, chirurgie, maternité, accident, ainsi que des indemnités journalières en cas d'hospitalisation, en fonction de plusieurs modules (Hospitalisation, Soins courants, Appareillages et Prothèses, Indemnités journalières Hospitalisation) et plusieurs niveaux de remboursements (de 1 à 4) tels que définis dans les tableaux (pages 14 et 15).

MAAF SANTE intervient seulement après participation du régime d'assurance maladie français (sur la base des tarifs retenus par celui-ci) et dans la limite des frais restant à la charge effective de l'assuré.

Lors de la souscription du contrat, toute personne âgée de plus de 70 ans doit justifier de son appartenance à une autre Mutuelle ou Société d'Assurances sur présentation d'un justificatif indiquant que la radiation n'est pas supérieure à 3 mois.

Les personnes âgées de plus de 65 ans et résidant en Métropole ne peuvent pas souscrire l'option Indemnité journalière hospitalisation.

Les personnes résidant dans les départements d'Outre-Mer ne peuvent pas souscrire l'option Indemnités journalières hospitalisation.

L'OPTION INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALISATION

C'est une indemnité qui permet de faire face, en cas d'hospitalisation d'un assuré, dans un hôpital ou une clinique, aux frais annexes : achat de revues, livres, jeux pour les enfants, frais de transport d'un proche, communications téléphoniques, garde des enfants...

Cette option doit toujours être souscrite avec un contrat complet (Hospitalisation - Soins Courants - Appareillages / Prothèses).

L'assuré choisit parmi 3 niveaux de garanties.

L'indemnité est versée :

- en cas de maladie ou de maternité : à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation si celle-ci dure plus de 3 jours,
- en cas d'accident : à partir du 1^{er} jour d'hospitalisation, quelle que soit sa durée.

La durée maximum d'indemnisation est de 365 jours par hospitalisation. Elle se calcule du 1^{er} au dernier jour d'hospitalisation (jour d'entrée et jour de sortie inclus).

Cette garantie cesse de plein droit au 31 décembre de l'année où l'assuré atteint ses 70 ans.

Si le contrat est résilié et que seule l'option Indemnité Journalière Hospitalisation est conservée, elle ne peut être supérieure au niveau 1.

Exclusions

NE DONNENT PAS DROIT AU VERSEMENT DE L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE :

- les séjours dans un milieu non hospitalier,
- les hospitalisations de jour,
- les hospitalisations à domicile,
- les séjours effectués en établissements, maisons, centres ou unités de long séjour, maisons de santé de toute nature y compris celles consacrées à la lutte contre toute affection psychopathologique, contre l'alcoolisme et la toxicomanie,
- les maisons d'enfants à caractère sanitaire (IME...),
- les hospitalisations dues à des traitements à but esthétique, de rajeunissement, d'amaigrissement et diététique,
- les séjours effectués dans des établissements de cure hors hospitalisation ou ceux nécessités par l'état des personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie d'une manière irréversible et qui nécessitent une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien, de réadaptation et de rééducation fonctionnelle.

LA GARANTIE « DISPENSE DE PAIEMENT »

MODALITÉS D'APPLICATION

En cas de décès du sociétaire ou de son conjoint assuré MAAF SANTE, tous les bénéficiaires présents au contrat à la date du décès sont dispensés du paiement de leur cotisation pendant 12 mois, cette période commençant au plus tôt le lendemain du jour du décès.

Cette dispense concerne également les enfants à naître ou le(la) conjoint(e) assuré(e) sur un autre contrat souscrit auprès de MAAF SANTE.

L'ouverture des droits à la garantie est effective :

- sans délai si le décès résulte d'un accident,
- après 12 mois de présence à MAAF SANTE si le décès du sociétaire ou de son conjoint assuré découle d'une maladie (le suicide est assimilé à une maladie).

Cette garantie joue, quels que soient les modules et les niveaux souscrits.

CAS D'UNE MODIFICATION pendant les 12 mois de la dispense de paiement

Pendant cette période un assuré peut modifier ses garanties à la hausse mais, dans ce cas, la différence de cotisation reste à sa charge.

De même, en cas d'adjonction d'un nouvel assuré, sa cotisation doit être réglée (sauf pour un nouveau-né).

OUVERTURE DES DROITS

À L'ADHÉSION

L'application de délais d'attente diffère l'ouverture des droits de :

- 3 mois pour toutes les garanties du module Soins courant (hors cure), l'optique, l'auditif, les autres appareillages et l'option Indemnités Journalières hospitalisation lorsqu'elle est liée à une maladie.
- 6 mois pour toutes les garanties du module hospitalisation (y compris la maternité), la prothèse dentaire, l'implantologie, l'orthodontie et la cure thermique (pour tout traitement commencé après la date d'ouverture des droits).

Les règles d'application des délais d'attente

Niveaux 1 et 2	Niveaux 3 et 4
Pas de délais d'attente	Indemnisation immédiate sur la base du niveau 2 pendant la durée d'application des délais d'attente

La dérogation à l'application des délais d'attente

Il y a application immédiate des garanties pour des soins consécutifs à un accident survenu après la date d'effet du contrat.

EN COURS DE CONTRAT

Si un assuré change de Régime d'Assurance Maladie Obligatoire et demande l'assurance complémentaire adaptée au nouveau régime, il n'est pas soumis aux délais d'attente.

Un changement de garantie à la hausse est possible à tout moment.

Un changement de garantie à la baisse est possible après au moins 12 mois de présence dans la formule précédemment souscrite.

Les nouvelles garanties s'appliqueront alors immédiatement.

MAAF SANTE accepte l'adjonction d'un assuré sur le contrat du sociétaire avec un effet rétroactif à la date de l'événement uniquement si la demande est faite dans les 3 mois en cas :

- de naissance ou d'adoption : l'application des garanties pour l'enfant nouveau né ou adopté est immédiate,
- de mariage ou de pacs : le conjoint suit la situation du sociétaire. Ainsi si le sociétaire n'a pas terminé sa période de délais d'attente, le conjoint devra supporter le même reliquat.

ATTESTATION DE TIERS PAYANT

MAAF SANTE envoie une attestation de tiers payant permettant à l'assuré de justifier de son appartenance à la mutuelle et de ne pas faire l'avance des frais chez le pharmacien, le radiologue, au laboratoire, à l'hôpital, à la clinique... et auprès des professionnels du réseau partenaire Santéclair.

Cette attestation est adressée dans les 7 jours qui suivent la demande d'adhésion à MAAF SANTE.

Si l'assuré ne subit pas de délais d'attente, elle sera valable jusqu'au 31/12 de l'année en cours.

Si l'assuré bénéficie de garanties de niveau 2 pendant les délais d'attente, il recevra une attestation mentionnant uniquement les garanties acquises. Au fur et à mesure de l'ouverture de ses droits, il recevra une nouvelle attestation tenant compte de l'évolution de sa situation.

Aux environs du 15 décembre de chaque année, il recevra une nouvelle attestation avec une période de validité du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année suivante.

A chaque évolution des garanties de son contrat ou de sa situation personnelle, une nouvelle attestation lui sera adressée prenant en compte le changement et sa date d'effet.

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Les garanties ci-après entrent en jeu à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine, imprévue et aiguë, non chronique, survenus après la date de prise d'effet du contrat.

Est considérée comme imprévue toute hospitalisation devant avoir lieu dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de la maladie.

Vous avez choisi MAAF SANTE comme Mutuelle complémentaire : ces garanties s'adressent à vous-même, à votre conjoint (de droit ou de fait), à vos enfants à charge ainsi qu'à vos parents s'ils habitent sous votre toit.

Ces garanties n'ont pas pour vocation de remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, et ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

En cas d'urgence, appelez en priorité les **services publics** :

Le Samu centre : 15 Les pompiers : 18

Vous avez besoin d'Assistance Santé à domicile, de conseils médicaux, d'informations d'ordre social ?

MAAF ASSISTANCE est à votre écoute 24H/24 - 7J/7

Munissez vous de votre Numéro de Sociétaire et appelez le :

 **N° Vert 0 800 16 17 18**

(appel gratuit à partir d'un poste fixe)

Si vous êtes à l'étranger, appelez le :

+33 5 49 16 17 18

Si vous êtes sourd ou malentendant, vous pouvez communiquer avec MAAF Assistance :

par SMS au **06 78 74 53 72**

par fax au **01 47 11 71 26**

ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Plusieurs événements peuvent se cumuler et donner droit à plusieurs garanties si les conditions requises sont réunies.

Garanties	Événement déclenchant les garanties																
	Prise en charge des parents	Prise en charge des enfants de moins de 16 ans	Aide à domicile	Aide à domicile élargie	Location de téléviseur	Prise en charge des animaux de compagnie	Venue d'un proche	Conseils médicaux, recherche d'un médecin	Transport en ambulance	Aide aux démarches	Garde à domicile des enfants malades ou accidentés	Livraison de médicaments	Services (portage d'espèces, de repas, de courses, coliflore à domicile)	Assistance psychologique	Ergothérapeute	Aide à l'organisation des obsèques	Avance des frais d'obsèques
■ Hospitalisation soudaine et imprévue dès le 1 ^{er} jour	●	●			●	●		●	●	●							
■ Hospitalisation soudaine et imprévue d'au moins 3 jours	●	●	●		●	●		●	●	●							
■ Séjour en maternité d'au moins 6 jours		●	●		●			●	●	●							
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 6 jours	●	●	●			●		●	●	●							
■ Immobilisation soudaine et imprévue au domicile d'au moins 3 jours des enfants de moins de 16 ans								●	●	●							
■ Maladies graves*				●						●		●	●	●			
■ Traitements médicaux lourds**	● (1)	● (1)		●	● (1)					●		●	●	●			
■ Événements traumatisants										●				●			
■ Accidents et maladies graves donnant lieu à l'achat d'un fauteuil roulant										●				●	●		
■ Décès	●	●	●			●				●				●		●	●

Définition :

- bénéficiaire : Le sociétaire et son conjoint assurés ou non ainsi que leurs ascendants et leurs enfants assurés ou non, vivant sous leur toit.
- Immobilisation : fait suite à une maladie subite ou à un accident, entraînant un alitement ou une impossibilité d'effectuer les tâches ménagères.

● Garantie accordée suite à un événement concernant le sociétaire ou son conjoint.

● Garantie accordée suite à un événement concernant les autres bénéficiaires.

- * - Sclérose en plaque (pour toute hospitalisation supérieure à 7 jours)
 - Accidents vasculaires cérébraux (pour toute hospitalisation supérieure à 15 jours)
 - Infarctus du myocarde (pour toute hospitalisation supérieure à 11 jours)
 - Greffes d'organes (cœur, poumons, foie, rein)

- ** - Trithérapie
 - Quadrithérapie
 - Chimiothérapie (uniquement réalisée en milieu hospitalier)
 - Radiothérapie

(1) uniquement en cas de traitement par chimiothérapie et radiothérapie.

DÉTAILS DES PRESTATIONS

Les garanties décrites ci-après sont accordées si le bénéficiaire remplit les conditions de mise en œuvre (cf tableau p. 9).

Prise en charge des parents vivant au domicile de l'assuré (lorsque leur état de santé ne leur permet pas d'accomplir seuls les tâches de la vie quotidienne)

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour s'en occuper au domicile (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),

Ou

- Déplacement aller/retour des parents auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),

Ou

- Garde au domicile des parents par un de nos intervenants, dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de l'événement.

Prise en charge des enfants de moins de 16 ans

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour les garder à domicile (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique),

Ou

- Déplacement aller/retour des enfants ainsi que d'un adulte les accompagnant auprès de proches susceptibles de les accueillir (France métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique). En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MAAF Assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés,

Ou

- Conduite des enfants valides à l'école et leur retour au domicile par une personne habilitée par nos soins, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois (lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible).

Si aucune des solutions ci-dessus ne peut convenir :

- Transfert et garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de l'événement,

Ou

- Garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de l'événement. Cette prestation peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école.

Aide à domicile (ménage, préparation des repas ...)

- En fonction de la situation du bénéficiaire, MAAF Assistance met à disposition une aide ménagère ou une travailleuse familiale, jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois à raison de 2 heures minimum par intervention, dès le 1^{er} jour ou au retour au domicile.

Aide à domicile élargie

- En fonction de la situation du bénéficiaire, MAAF Assistance met à disposition une aide ménagère ou une travailleuse familiale, jusqu'à 100 heures réparties sur 12 mois, à raison de 2 heures minimum par intervention dès le 1^{er} jour ou au retour au domicile.

Prise en charge des frais de location d'un téléviseur à l'hôpital

- Jusqu'à 1 mois.

Prise en charge des animaux de compagnie vivant au domicile de l'assuré

- Transport et hébergement jusqu'à 1 mois, chez une personne désignée par l'assuré ou son conjoint, ou en pension animalière.

Prise en charge de la venue d'un proche

- Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint (France Métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique) et hébergement jusqu'à 2 nuits à concurrence de 100 € (petit déjeuner inclus).

Conseils médicaux

- Conseils médicaux hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant. Ces conseils ne peuvent pas être considérés comme des consultations médicales,
- Recherche d'un médecin en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence,
- Recherche d'une infirmière sur prescription médicale,
- Recherche d'intervenants médicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

Transport

- Hors urgence médicale, MAAF Assistance organise le transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger, sur prescription médicale, du domicile à l'établissement de soins. Si l'état de santé le nécessite, MAAF Assistance organise le retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire.

Livraison de médicaments

- Livraison à domicile (jusqu'à 12 livraisons réparties sur 12 mois) lorsque ni le bénéficiaire ni l'un de ses proches n'est en mesure d'aller chercher les médicaments prescrits. Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

Aide aux démarches

- Orientation vers les services appropriés (organismes sociaux, démarches auprès de l'employeur, caisses d'allocations familiales, aide sociale, aide aux handicapés...),
- Transmission de messages urgents à la famille.

➔ ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE

Prise en charge des frais de garde à domicile des enfants malades ou accidentés de moins de 16 ans (cette prestation ne s'applique qu'au-delà des journées dues par l'employeur)

■ Déplacement aller/retour d'un proche désigné par l'assuré ou son conjoint pour garder les enfants malades ou accidentés à domicile (France Métropolitaine ou même département pour les DOM, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique).

Si la solution ci-dessus ne peut convenir :

■ Garde des enfants malades ou accidentés à domicile jusqu'à 30 heures réparties sur 1 mois par un intervenant qualifié.

Portage d'espèces à domicile

Une fois par mois, lorsque le bénéficiaire, immobilisé à son domicile ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer :

- Déplacement aller/retour vers l'établissement bancaire
- Ou
- Portage par prestataire agréé de 200 € maximum contre reconnaissance de dette (somme remboursable dans un délai de 2 mois).

Portage de repas à domicile

■ Prise en charge de la livraison des repas à concurrence de 30 livraisons sur 12 mois quand le bénéficiaire, immobilisé à son domicile, n'est pas en mesure de les préparer ou de les faire préparer par un proche.

Portage de courses à domicile

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile, et que ni lui, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses :

- Déplacement aller/retour au centre commercial le plus proche du domicile (12 déplacements répartis sur 12 mois),
- Ou
- Prise en charge des frais de livraison d'une commande (30 livraisons sur 12 mois).

Coiffure à domicile

■ Prise en charge des frais de déplacement d'un coiffeur à domicile (1 déplacement par mois pendant 12 mois) lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile. Le coût de la prestation demeure à la charge du bénéficiaire.

Assistance psychologique

Dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement :

- 1 à 5 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien,
- Si nécessaire 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Organisation et mise à disposition d'un ergothérapeute

- Evaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie, rédaction d'un rapport),
- Le cas échéant, étude sur l'aménagement du domicile avec vérification sur place a posteriori des installations et du bien-être du bénéficiaire.

Aide à l'organisation des obsèques

■ Conseils sur les dispositions à prendre, les dons d'organes, la crémation, la succession...

Avance des frais d'obsèques

■ Remboursables dans un délai de 1 mois.

■ IMPORTANT

- Les prestations d'assistance dépendent de la gravité et des conséquences de l'événement. Elles s'appliquent dès le 1^{er} jour.
- Lors de la mise en jeu des garanties, nous pourrions éventuellement être amenés à vous demander certains justificatifs.

Un réseau de professionnels de santé vous aide à maîtriser vos dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire et l'audioprothèse.

Ce réseau est composé d'opticiens, de chirurgiens-dentistes, d'audioprothésistes et de diététiciennes qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Vous bénéficiez également de services en ligne vous permettant d'accéder à des sites d'information hospitalière, d'aide à l'automédication, d'accompagnement au sevrage tabagique ou encore de nutrition.

Ces services sont proposés par notre partenaire Santéclair :

**Une équipe de conseillers est à votre service
du lundi au vendredi de 9h à 19h30 et le samedi jusqu'à 17h
au 0 800 838 838**

(appel gratuit d'un poste fixe - surcoût éventuel selon opérateur)

Plus de détails vous sont communiqués dans le guide «Au cœur de la santé» que MAAF SANTE vous adresse avec vos Conditions Particulières ou fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé.

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées AVEC LA PARTICIPATION DU RÉGIME OBLIGATOIRE.

MAAF SANTÉ intervient seulement après participation du régime obligatoire français, dans la limite des frais engagés.

HOSPITALISATION ⁽¹⁾	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
• Forfait journalier	18 €	18 €	18 €	18 €
• Forfait journalier (hospitalisation psychopathologique)	13,50 €	13,50 €	13,50 €	13,50 €
• Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Soins et honoraires (2)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
• Transport (3)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Chambre particulière		50 € /nuit	60 € /nuit	80 € /nuit
• Frais d'accompagnant (lit et repas)		30 € /jour	30 € /jour	30 € / jour
• Maternité				
>Chambre particulière		50 € /nuit	60 € /nuit	80 € /nuit
>Prime (versée à la mère assurée) (4)		122 €	153 €	153 €

SOINS COURANTS	Niveau 1 ▲	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
• Consultations, visites	100 % BR(5)(6)	100 % BR(5)(6)	130 % BR(5)(6)	200 % BR(5)(6)
• Actes médicaux (2)	70 % BR(5)(6)	100 % BR(5)(6)	130 % BR(5)(6)	200 % BR(5)(6)
• Analyses médicales	95 % BR(5)	100 % BR(5)	100 % BR(5)	100 % BR(5)
• Auxiliaires médicaux (Infirmier, kiné, orthophoniste, orthoptiste...) (3)	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Radios (dont ostéodensitométrie prise en charge par le RO)	70 % BR(5)(6)	100 % BR(5)(6)	130 % BR(5)(6)	200 % BR(5)(6)
• Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO*	-	30 €	50 €	75 €
• Pharmacie :				
>Médicaments vignette blanche (3)	100 % BR(7)	100 % BR(7)	100 % BR(7)	100 % BR(7)
>Médicaments vignette bleue (3)	30 % BR(7)	100 % BR(7)	100 % BR(7)	100 % BR(7)
>Médicaments vignette orange (3)	15 % BR(7)	100 % BR(7)	100 % BR(7)	100 % BR(7)
>Petit appareillage/accessoires (semelles, attelles, genouillères,...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
>Forfait automédication*	-	-	30 €	30 €
>Pilule contraceptive non prise en charge par le RO*	-	-	-	45 €
• Ostéopathie et chiropractie* (8)	-	-	15 €	20 €
• Forfait prévention* (9)	-	90 €	90 €	90 €
• Prothèse mammaire* (10)	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
• Prothèse capillaire* (10)	100 % BR	100 % BR + 50 €	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
• Transport (3)	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Cure thermique prise en charge par le RO :				
>Forfait thermal	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
>Surveillance médicale	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
>Hébergement* (11)	65 ou 0 % BR	100 ou 0 % BR	100 ou 0 % BR + 153 €	100 ou 0 % BR + 382 €

▲ Ce niveau sera proposé à compter du 1^{er} février 2011 et ne concerne pas les assurés Alsace-Moselle. Il ne pourra être souscrit qu'avec le module «Hospitalisation» niveau 1 ou 2 ou avec le module «Hospitalisation» niveau 1 ou 2 et le module «Appareillages/prothèses» niveau 1.

TABLEAU DES FORMULES DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées AVEC LA PARTICIPATION DU RÉGIME OBLIGATOIRE.

MAAF SANTE intervient seulement après participation du régime obligatoire français, dans la limite des frais engagés.

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
• Dentaire **				
>Couronnes prises en charge par le RO :				
• métallique	100 % BR	100 % BR + 81 €	100 % BR + 122 €	100 % BR + 122 €
• à incrustation vestibulaire	100 % BR	100 % BR + 81 €	100 % BR + 138 €	100 % BR + 229 €
• céramo-métallique	100 % BR	100 % BR + 81 €	100 % BR + 168 €	100 % BR + 275 €
>Autres prothèses prises en charge par le RO	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR
>Prothèses non prises en charge par le RO	-	-	153 €	250 €
>Implantologie (12)	-	-	520 €	800 €
Plafond annuel pour les couronnes, les prothèses et l'implantologie, pour la part dépassant le 100 % BR. Bonus fidélité, plafond majoré de 150 € après 2 années de présence :				
• la 3 ^{ème} année	-	650 €	850 €	1150 €
• la 4 ^{ème} année	-	800 €	1000 €	1300 €
• la 5 ^{ème} année et les suivantes	-	950 €	1150 €	1450 €
>Orthodontie :				
• prise en charge par le RO (10)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
• non prise en charge par le RO	-	-	-	370 €
• Optique* (13)				
• Lunettes (1 monture + 2 verres) 1 paire par an Achetées chez les opticiens partenaires du réseau Santéclair (Métropole uniquement)				
- Monture adulte	2,84 €	72,84 €	102,84 €	132,84 €
- Monture enfant	30,49 €	70,49 €	90,49 €	110,49 €
- Verres hors traitements	100 % BR	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL
- Traitements des verres remboursement intégral sur les traitements suivants :				
> Anti-rayures	-	Oui	Oui	Oui
> Aminci (15)	-	Oui avec Offreclair (14)	Oui	Oui
> Anti-reflets	-	-	Oui avec Offreclair (14)	Oui
> Teinte fixe et teinte variable à la lumière	-	-	-	Oui avec Offreclair (14)
Achetées chez les autres opticiens (en magasin ou sur internet)				
- Monture + verres (y compris traitement)	100 % BR	100 % BR + 92 €	100 % BR + 138 €	100 % BR + 200 €
• Lentilles prises ou non en charge par le RO	100 % BR(16)	100 % BR (16) + 92 €	100 % BR (16) + 107 €	100 % BR (16) + 153 €
• Chirurgie réfractive non prises en charge par le RO	-	-	150 €/œil	250 €/œil
• Autres appareillages				
• Achat fauteuil roulant* (10)	100 % BR	100 % BR + 500 €	100 % BR + 1500 €	100 % BR + 2000 €
• Appareillages auditifs	100 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
• Grand appareillage (10) (achat lit médicalisé, achat chaussures orthopédiques...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	350 % BR

Elle ne peut être souscrite qu'avec un contrat comportant les modules Hospitalisation, Soins courants et Appareillages/prothèses.

OPTION (Métropole seulement)

• Indemnités Journalières Hospitalisation

Niveau 1

16 € / jour

Niveau 2

31 € / jour

Niveau 3

46 € / jour

- Les garanties pour les hospitalisations pour affections psychopathologiques en secteur public ou privé sont limitées à 60 jours par année civile.
- Prise en charge intégrale du forfait appliqué sur les actes médicaux d'un montant supérieur ou égal à 120 € réalisés à l'hôpital ou en ville.
- Les franchises sur les médicaments, les actes paramédicaux et le transport ne sont pas prises en charge par le contrat, quel que soit le niveau de garanties souscrit.
- Le versement de la prime est limité à 2 en cas de naissance multiple.
- Hors participation forfaitaire.
- En cas de non respect du parcours de soins, la majoration du ticket modérateur n'est pas prise en charge, ni les pénalités financières qui s'appliquent aux tarifs de consultation des spécialistes.
- MAAF SANTE intervient à hauteur de 35 % sur les médicaments à vignette blanche (tous les niveaux), 70 % sur les médicaments à vignette bleue et 85 % sur les médicaments à vignette orange (niveaux 2, 3 et 4).

- 8 consultations au choix par année civile.
- Forfait annuel par année civile couvrant les consultations diététiques, les vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe), les tests et auto-tests de dépistage (virus utérin, infections urinaires), les préservatifs (limités à 30 € par an), le sevrage tabagique prescrit (limité à 50 € / an) et les crèmes solaires prescrites (limitées à 30 € / an).
- Les prestations sont prises en charge à 100 % de la BR. MAAF SANTE verse un supplément selon le niveau souscrit.
- En l'absence de participation du régime obligatoire sur les frais d'hébergement, MAAF SANTE ne rembourse que le forfait de 153 € ou 382 € selon le niveau souscrit. Ce sera toujours le cas pour les TNS pour lesquels le RO n'intervient jamais.
- Un seul remboursement forfaitaire, même si les soins pour un même implant sont réalisés sur 2 années mobiles.

- Il est impossible de cumuler un forfait lunettes chez un opticien partenaire du réseau Santéclair avec un forfait lunettes chez un autre opticien (en magasin ou sur internet).
- Gamme de verres sélectionnés et disponibles chez les opticiens partenaires du réseau Santéclair proposant l'Offreclair.
- Le niveau d'aminci pris en charge par MAAF SANTE est défini par votre défaut de vision.
- Uniquement pour les lentilles prises en charge par le régime obligatoire. * Forfaits annuels par année civile. ** Forfaits par année mobile (par période de 12 mois à compter de la date d'effet du contrat). Pour les couronnes, les forfaits s'entendent par couronne. BR : (Base de Remboursement) tarif retenu par le régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. TM : Ticket Modérateur : partie de la Base de remboursement non prise en charge par le régime obligatoire. RO : Régime Obligatoire.

Tous les assurés bénéficient en plus des garanties énumérées dans les modules, de la garantie "Assistance Santé à domicile". Les services du réseau de notre partenaire Santéclair ainsi que la garantie "Indemnités Journalières Hospitalisation" sont réservés aux assurés résidant en Métropole.

➔ PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES BIORYTHM

MODULE HOSPITALISATION

Lors d'une hospitalisation en ambulatoire : les frais de **transport**, seront remboursés au titre du module Hospitalisation et les éventuels **dépassements d'honoraires** le seront si le niveau 3 ou 4 de ce module a été souscrit. Les éventuels frais de **chambre particulière** ne seront pas remboursés au titre du contrat Biorythm.

MODULE SOINS COURANTS

📌 Forfait prévention

Les actes de prévention (détaillés ci-dessous) préconisés par la réglementation sur les contrats responsables sont pris en charge au titre de votre contrat Biorythm en complément du régime obligatoire. Exception pour le niveau 1 pour lequel MAAF SANTE n'intervient pas sur le bilan du langage, le dépistage des troubles de l'audition et l'ostéodensitométrie.

- détartrage annuel,
- scellement de sillons 1^{ère} et seconde molaire (moins de 14 ans),
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes et d'acquisition du langage écrit (moins de 14 ans),
- dépistage de l'hépatite B,
- dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans),
- ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans),
- vaccins : DT Polio, coqueluche, hépatite B (moins de 14 ans) BCG (moins de 6 ans), rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes qui veulent un enfant), vaccin contre la méningite (*haemophilus influenzae*) et vaccin contre les infections invasives à pneumocoques (moins de 18 mois).

MAAF SANTE complète ce dispositif dans la limite **d'un forfait de 90 €** maximum par an et par assuré (hors niveau 1 soins courants) couvrant les thèmes de prévention détaillés ci-après pour lesquels le régime obligatoire n'intervient pas :

- consultations diététiques,
- vaccins non pris en charge (dont le vaccin anti-grippe),
- tests et auto-tests de dépistage :
 - infections urinaires,
 - virus utérin : le papillomavirus (recommandé aux femmes, âgées de 30 à 65 ans une fois tous les 3 ans),
- préservatifs (limités à 30 € / an),
- sevrage tabagique : tout substitut nicotinique prescrit (patches, comprimés, gommes, pastilles...) (limité à 50 € / an),
- crèmes solaires prescrites (limitées à 30 €/an).

MODULE APPAREILLAGES / PROTHÈSES

L'Offreclaire : vous bénéficiez du remboursement intégral sur un traitement supplémentaire pour une gamme de verres sélectionnés par les opticiens partenaire du réseau Santéclair proposant cette offre.

Le niveau d'aminci d'un verre pris en charge par MAAF SANTE est défini par votre défaut de vision :

■ Verres organiques

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	1,5
sphère* de 2.25 à 4.00	≤ 1,66
sphère* de 4.25 à 6.00	< 1,7
sphère* ≥ 6.25	≥ 1,7

■ Verres minéraux

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	< 1,53
sphère* de 2.25 à 4.00	< 1,61
sphère* de 4.25 à 6.00	< 1,71
sphère* de 6.25 à 8.00	< 1,81
sphère* ≥ 8.25	≥ 1,81

■ Uniquement pour les verres organiques

défaut de vision	indice (niveau d'aminci)
sphère* de 0.00 à 2.00	1,5
sphère* de 2.25 à 4.00	≤ 1,6
sphère* ≥ 4.25	≤ 1,67

* Sur votre ordonnance optique, la valeur qui suit directement la notion OD (Oeil droit) et OG (œil gauche) correspond à la sphère.

La chirurgie réfractive (non prise en charge par le RO) a pour but de corriger les anomalies de vision optique (myopie, astigmatisme, hypermétropie) de façon à améliorer l'acuité visuelle sans correction et donc de diminuer la dépendance aux lunettes ou aux lentilles de contact.

ASSURANCE PERTE DE REVENUS

Le souscripteur/ adhérent assuré doit être âgé de 18 à 55 ans et résider en France Métropolitaine lorsqu'il souscrit une assurance Perte de Revenus.

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

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

Les contrats « Assurance Perte de revenus » sont composés de deux garanties : une garantie Indemnités Journalières (I) et une garantie rente invalidité (II).

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

Le souscripteur/adhérent peut également choisir l'option 1/2 indemnités journalières au delà de 90 jours.

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

La rente invalidité sera calculée sur la base du montant des Indemnités Journalières choisi par le souscripteur/adhérent dans le cadre de la garantie I.

Ces informations sont mentionnées sur les Conditions Particulières.

NOUS GARANTISSONS

TOUT ACCIDENT

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

Exception

Les pathologies rachidiennes d'origine traumatiques sont prises en charge sans conditions. La durée d'indemnisation est limitée à 6 mois renouvelable.

TOUTE MALADIE

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

garanties équivalentes.

Exception

- **Les pathologies rachidiennes non traumatiques et non tumorales sont prises en charge uniquement si elles nécessitent une intervention chirurgicale après un délai de carence de 12 mois. La durée d'indemnisation est limitée à 6 mois en une ou plusieurs fois, sur toute la durée de vie du contrat.**
- **Les pathologies rachidiennes d'origines tumorales sont prises en charge après un délai de carence de 3 mois. La durée d'indemnisation est limitée à 6 mois renouvelable.**
- **Les grossesses pathologiques (cf. définition page 5) intervenant avant la prise en charge par le régime général (pas de double indemnisation) sont indemnisées après un délai de carence de 12 mois.**

GARANTIE I : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Elles sont versées pendant la période d'interruption totale médicalement justifiée de l'activité professionnelle jusqu'au terme de la durée d'indemnisation choisie par l'assuré/ souscripteur/adhérent (1 an ou 3 ans) après application du délai de carence prévu au contrat et de la franchise dont la catégorie et la durée sont fixées à vos Conditions Particulières :

- « franchise absolue » avec la durée choisie par l'assuré/ souscripteur/adhérent (voir définition page 4),
- ou la « franchise spécifique » (voir définition page 5).

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

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

Montant de l'indemnité

Il est égal au nombre de jours de la période d'indemnisation (déduction faite de la franchise précisée dans les Conditions Particulières) dans la limite de la durée d'indemnisation choisie par l'assuré/souscripteur/adhérent, multiplié par la valeur de l'indemnité journalière fixée au contrat. L'indemnité est réduite de moitié au-delà de 90 jours, si vous avez fait le choix de cette option à la souscription.

BARÈME POUR LES TAUX D'INVALIDITÉ CROISÉS

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

GARANTIE II : RENTE D'INVALIDITÉ

■ Conditions

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

■ Période d'indemnisation

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

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

ou :

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

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

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

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

Il est par contre tenu compte des possibilités de rééducation et/ou de la reprise d'une quelconque activité professionnelle.

■ Montant de l'indemnité

Le taux d'incapacité obtenu par le croisement des deux incapacités, fonctionnelle et professionnelle, (cf tableau ci-dessus) détermine le coefficient à appliquer sur le montant annuel de la rente. Ce montant est égal à 365 fois le montant de l'indemnité journalière fixée aux Conditions Particulières. C'est le montant de l'indemnité journalière réduite de moitié qui est prise en compte lorsque cette option a été souscrite.

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

BARÈME DES COEFFICIENTS À APPLIQUER SUR LA RENTE

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

L'indemnité journalière et la rente sont revalorisées à chaque échéance dans les conditions prévues page 29.

LE SERVICE DES GARANTIES CESSE

■ Pour la garantie I : l'indemnité journalière

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

- dès que vous êtes considéré médicalement apte à reprendre même partiellement votre ou une quelconque activité professionnelle,
- à l'expiration de la durée d'indemnisation choisie par le souscripteur dans les conditions particulières,
- à la date de la liquidation des droits de l'assuré à la retraite dans le cadre de son régime obligatoire sans que cette dernière date puisse excéder les 65 ans de l'assuré, par différence de millésime,
- lors du versement de la rente d'invalidité si la garantie II est souscrite.

■ Pour la garantie II : la rente

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

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

ou :

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

DÉLAI DE RÈGLEMENT

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

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

CAS PARTICULIERS

RECHUTE

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

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

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

Exemple :

Garanties souscrites :

Franchise maladie absolue : 30 jours

Durée d'indemnisation : 1 an

Arrêt maladie :

du 1^{er} février 2007 au 13 mars 2007, soit 41 jours d'arrêt

Franchise : 30 jours

Indemnisation : 11 jours

Nouvel arrêt pour la même maladie du 1^{er} avril 2007 au 28 février 2008.

La durée d'indemnisation d'un an se décompte du 1^{er} février 2007 au 31 janvier 2008.

Le nouvel arrêt s'indemnise donc du 1^{er} avril 2007 au 31 janvier 2008, soit 306 jours (février 2008 étant postérieur à la période d'indemnisation).

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

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

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

Exemple :

Garanties souscrites :	
Franchise maladie absolue :	30 jours
Franchise accident absolue :	15 jours
Durée d'indemnisation :	1 an
Arrêt suite accident :	
du 1 ^{er} février 2007 au 13 mars 2007, soit 41 jours d'arrêt	
Franchise :	<u>15 jours</u>
Indemnisation :	26 jours

Nouvel arrêt en relation avec l'accident de février, du 13 octobre 2007 au 28 février 2008 soit pendant 139 jours.

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

AUGMENTATION DES GARANTIES EN COURS DE CONTRAT

L'augmentation des indemnités journalières, le changement de franchise, la modification de la durée de la franchise absolue, l'augmentation des garanties, nécessitera l'accord de l'assureur au vu des nouvelles modalités d'admission (cf page 31). L'acceptation du souscripteur/adhérent et de l'assureur sera formalisée via la signature par les deux parties de nouvelles Conditions Particulières, qui se substitueront entièrement aux anciennes conditions contractuelles appliquées avant l'augmentation des garanties.

Le nouveau montant et les nouvelles conditions d'indemnisations faisant suite aux nouvelles formalités d'admission prennent effet à la date d'acceptation par l'assureur dans les conditions suivantes :

- à tout accident survenant à l'assuré à compter de la date de prise d'effet de l'augmentation,
- à toute maladie de l'assuré se révélant plus de 3 mois après la date de prise d'effet de l'augmentation.

ASSURANCE DÉCÈS

L'adhésion au contrat « Assurance Décès » est ouverte à toute personne âgée de 18 à 65 ans n'exerçant pas l'une des professions suivantes : jockeys, cascadeurs.

Le contrat Assurance décès est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative assuré par MAAF VIE. Le contrat est composé de deux garanties : une garantie décès ou invalidité absolue et définitive (I) et une garantie rente éducation (II).

OBJET DU CONTRAT

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

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

L'adhésion aux contrats n° 02111 ou 02121 rend l'adhérent membre de droit de l'AMATI - Association Multiprofessionnelle pour les Assurances des Travailleurs Indépendants - dont le siège social est sis Chaban de Chauray, 79036 Niort cedex 09, association déclarée, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 ainsi que par l'article L. 141-7 du Code des assurances.

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

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

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

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

LES PRESTATIONS ASSURÉES

Nous garantissons, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré, le versement des prestations suivantes, selon la garantie retenue lors de l'adhésion :

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

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

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

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

Le capital dû en cas de décès ne peut se cumuler avec le capital dû en cas d'invalidité absolue et définitive.

LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

LA DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES*

Pour les adhésions conclues dans le cadre de la garantie n° 1, vous avez le droit entre trois modes de désignations :

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

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

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

MODIFICATION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE*

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

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

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

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

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

ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

ASSURANCE ACCIDENT

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

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

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

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

L'« Assurance Accident » est composé de trois garanties : une garantie décès (I), une garantie incapacité permanente (II) et une garantie indemnités journalières (III). La garantie indemnités journalières (III) ne peut être souscrite seule.

GARANTIE I : DÉCÈS

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

LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

LA DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES

Vous avez le droit entre trois modes de désignations :

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

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

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

■ MODIFICATION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

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

■ ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

CALCUL DE L'INDEMNITÉ

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

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

DÉLAI DE RÈGLEMENT

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

➔ GARANTIE II : INCAPACITÉ PERMANENTE

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

CALCUL DE L'INDEMNITÉ

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

Exemple : Incapacité permanente 20 %.

Indemnité : 20 % du capital garanti.

FRANCHISE

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

DÉLAI DE RÈGLEMENT

A compter de la date de consolidation.

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

➔ GARANTIE III : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

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

CALCUL DE L'INDEMNITÉ

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

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

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

Le service de l'indemnité journalière cesse :

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

DÉLAI DE RÈGLEMENT

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

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

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

Au titre de la Complémentaire Maladie : toute demande de remboursement générée par un événement survenu de façon imprévue lors d'un séjour dans un pays hors UE (Union Européenne) sera traitée à partir du décompte émis par un régime obligatoire Français.

Dans un pays de l'UE, le remboursement sera effectué à partir d'une facture mentionnant les actes dispensés traduits en Français et le montant de la part laissée à la charge de l'assuré exprimé en euros.

Si vous séjournez hors de FRANCE pour une durée supérieure à 3 mois, vous devez nous adresser une lettre recommandée faisant élection d'un domicile en France Métropolitaine où nous vous adresserons toute communication et notamment les avis d'échéance des cotisations.

➔ QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS ?

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES ASSURANCES

Exclusions

🚫 Nous ne garantissons pas les arrêts de travail, l'invalidité et le décès conséquences des accidents ou maladies :

RÉSULTANT :

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

CAUSÉS PAR :

- la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré,
- une guerre civile ou étrangère,
- une explosion atomique ou les effets directs ou indirects de la radioactivité ;

SURVENANT LORSQUE L'ASSURÉ :

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

(* Sports dangereux : hockey sur glace, sports aériens, pêche sous-marine nécessitant l'emploi d'un scaphandre autonome, ski nautique, ascension en montagne sans le concours d'un guide, saut à l'élastique, spéléologie, sports de combat. Le sport à l'école, pratiqué par les enfants pendant les cours d'éducation physique, reste garanti même lorsqu'il s'agit de sports dangereux.

SURVENANT :

- pendant une période de suspension de la garantie.

➔ QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS ?

AUTRES CAS

Exclusions

Ne sont pas garantis par l'Assurance Accident, les arrêts de travail, l'invalidité et le décès, conséquences :

- de toute maladie quelle qu'en soit la cause, y compris celle résultant du traitement médical consécutif à un accident,
- des accidents résultant d'une dépression nerveuse et de toute autre affection psychopathologique, d'affections antérieures à la date de prise d'effet du contrat du souscripteur, d'éthylisme chronique de l'assuré.

EXCLUSIONS PARTICULIÈRES À L'ASSURANCE PERTE DE REVENUS

Exclusions

➔ Nous ne garantissons pas les arrêts de travail

Survenant à l'assuré et résultant :

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

Causés par :

- une absence de soins indispensables, ou le non respect du traitement médical prescrit,
- une cure d'amaigrissement non prescrite médicalement ;

Dus au traitement de l'infertilité, à la stérilité, la grossesse (sauf grossesses pathologiques voir conditions de garanties page 18), l'interruption de grossesse et la maternité(*) de l'assurée,

(*) Durée du congé maternité :

- pour les salariées, le congé légal de maternité indemnisé par la sécurité sociale.
- pour les non salariées, la période comprise entre le 30^e jour précédent la date présumée de l'accouchement, et le 30^e jour suivant la date de l'accouchement effectif.

Dus à des traitements prescrits à l'assuré dans une ville d'eau, une station balnéaire ou climatique, les séjours en cure thermale ou thalassothérapie.

(Toutefois les demandes qui seront faites à la suite d'un accident ou d'une maladie garanti feront l'objet d'un examen par notre Médecin Conseil en vue d'une éventuelle prise en charge).

➔ QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT, MALADIE OU DÉCÈS ?

Nous nous réservons le droit de faire contrôler votre état par notre Médecin Conseil (à l'exception de la complémentaire maladie).

LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS SANTÉ

- MAAF SANTE intervient après participation d'un régime d'assurance maladie obligatoire français sur les tarifs de base retenus par celui-ci.
- La participation de MAAF SANTE s'effectue à partir :
 - soit du décompte original émis par le régime obligatoire,
 - soit de la facture correspondant aux frais engagés,
 - soit de l'ordonnance prescrite par le praticien.

Si l'assuré bénéficie de la télétransmission, les frais pris en charge par le régime obligatoire feront l'objet d'un remboursement sans fournir au préalable le décompte.

Important : tout nouvel assuré qui bénéficiait déjà de la télétransmission de ses remboursements auprès de son assureur précédent doit impérativement demander à celui-ci d'en faire supprimer l'accord auprès du régime obligatoire pour que MAAF SANTE puisse, à son tour, mettre en place cette procédure.

Si des prestations restent à la charge de l'assuré, fournir les documents suivants à MAAF SANTE pour obtenir les remboursements :

➔ MODULE HOSPITALISATION

Prestations prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
<ul style="list-style-type: none"> ■ soins / honoraires ■ frais de séjour ■ transport 	} décompte du régime obligatoire ou facture des frais engagés

Prestations non prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
<ul style="list-style-type: none"> ■ forfait journalier ■ frais d'accompagnant ■ chambre particulière ■ garantie Assistance : location de téléviseur ■ prestation avec dépassements d'honoraires 	} facture de l'établissement hospitalier
<ul style="list-style-type: none"> ■ prime maternité 	

➔ MODULE SOINS COURANTS

Prestations prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
<ul style="list-style-type: none"> ■ consultations, visites ■ auxiliaires, actes médicaux ■ analyses ■ radios ■ médicaments ■ accessoires/petit appareillage ■ soins dentaires ■ transport Cure thermique : <ul style="list-style-type: none"> ■ forfait : surveillance médicale ■ transport 	} décompte du régime obligatoire
<ul style="list-style-type: none"> ■ hébergement 	

Prestations non prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
<ul style="list-style-type: none"> ■ ostéodensitométrie ■ ostéopathie ■ chiropractie ■ prothèses mammaires et capillaires ■ consultations diététiques 	} facture du praticien
<ul style="list-style-type: none"> ■ pilule contraceptive ■ médicaments achetés en pharmacie sans ordonnance ■ vaccins ■ tests et auto-tests de dépistage 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ sevrage tabagique prescrit ■ crèmes solaires prescrites 	} ordonnance + facture du pharmacien
<ul style="list-style-type: none"> ■ préservatifs 	

➔ QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT, MALADIE OU DÉCÈS ?

➔ MODULE APPAREILLAGES ET PROTHÈSES

Prestations prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
■ couronnes dentaires	décompte du régime obligatoire + facture du dentiste précisant les montants et les matériaux (niveaux 3 et 4)
■ prothèses dentaires	} décompte du régime obligatoire
■ orthodontie	
■ lunettes	décompte du régime obligatoire + facture de l'opticien ou facture des frais réglés
■ lentilles	décompte du régime obligatoire
■ achat fauteuil roulant	} décompte du régime obligatoire et facture des frais réglés
■ appareils auditifs	
■ grand appareillage (achat lit médicalisé, chaussures orthopédiques...)	

Prestations non prises en charge par le régime obligatoire	
Nature de la prestation	Justificatifs
■ prothèses dentaires	} facture du praticien
■ implantologie	
■ orthodontie	
■ lentilles	facture de l'opticien
■ chirurgie réfractive	facture de la clinique

Garantie spécifique	
Nature de la garantie	Justificatifs
■ dispense de paiement en cas de décès (du sociétaire ou du conjoint assuré)	certificat de décès + justificatif de vie maritale ou de pacte civil de solidarité (si le conjoint est assuré à titre personnel à MAAF SANTE)

➔ OPTION

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES HOSPITALISATION

Nature de la prestation	Justificatifs
■ Indemnités Journalières	Facture de l'établissement hospitalier

- Les demandes de remboursement doivent, sauf cas de force majeure, être présentées à MAAF SANTE dans un délai maximum de six mois après paiement par le régime obligatoire, après paiement de la facture pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire ou après réalisation de l'événement.

EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

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

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

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

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

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

EN CAS DE DÉCÈS

Les bénéficiaires doivent fournir les pièces suivantes :

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

➔ QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT, MALADIE OU DÉCÈS ?

EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Vous devez fournir les pièces suivantes :

- pièces médicales établissant la preuve de l'état d'invalidité absolue et définitive,
- pour les assurés sociaux : la notification de la caisse attestant l'invalidité de III^{ème} catégorie,
- la copie du procès-verbal de Police ou de gendarmerie s'il y a lieu.

SI LA FORMULE RENTE ÉDUCATION A ÉTÉ CHOISIE

En plus des pièces demandées en cas de Décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive, le (ou les) enfant(s) bénéficiaires doivent nous adresser :

- un certificat d'hérédité.

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

CLAUSE D'ARBITRAGE

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

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

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

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

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

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

FORMATION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE DE VOTRE CONTRAT

Votre contrat

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

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

Votre contrat se compose :

- des Conditions Générales. Il s'agit du présent document,
- des Conditions Particulières ou fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé,
- des Conditions Particulières pour l'assurance « Accident » et « Pertes de revenus »,
- du certificat d'adhésion pour l'assurance « Décès ».

Votre déclaration

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

À LA SOUSCRIPTION

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

Vous devez signer les Conditions Particulières ou le certificat d'adhésion, le questionnaire de santé (à l'exception de la complémentaire santé) ainsi que tout autre document demandé par l'assureur.

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

L'assureur peut :

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

EN COURS DE CONTRAT

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

- changement de régime,
- changement de domicile,
- décès.

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

L'entrée en vigueur du contrat et des garanties

Votre contrat est valable à compter de la date d'effet indiquée sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières), sur les Conditions Particulières des assurances « Accident » et « Perte de revenus » et sur le certificat d'adhésion de l'assurance « Décès », sous la condition de l'encaissement effectif, par nous, du montant de la cotisation due par le souscripteur ou l'adhérent qui comprend également celle des bénéficiaires

désignés au contrat.

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

En cas de modification de votre contrat, une nouvelle fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières) les nouvelles Conditions Particulières pour les assurances « Accidents » et « Pertes de revenus » et le nouveau certificat d'adhésion pour l'assurance « Décès » indiquant la date d'effet et la nature de la modification, vous seront remis.

La durée de votre contrat

Sauf mention contraire indiquée sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières), sur les Conditions Particulières des assurances « Accident » et « Pertes de revenus » et sur le certificat d'adhésion de l'assurance « Décès », votre contrat est souscrit jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et il est reconduit automatiquement d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties dans les conditions prévues p 31.

LE DÉLAI DE RENONCIATION

Assurance Décès

Vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que celle-ci est conclue. En pratique, ce délai court à partir de la date d'effet de votre adhésion et expire le 30ème jour calendaire à 24 heures. Si le délai de renonciation expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, il vous suffit de nous adresser une lettre recommandée avec accusé de réception en recopiant la mention suivante : « Je soussigné (Nom, Prénom, Adresse) désire renoncer à l'adhésion au contrat Assurance Décès ».

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

La renonciation à l'adhésion à l'« Assurance Décès » entraîne la résiliation de l'ensemble des garanties décès et invalidité absolue et définitive du contrat.

DÉCLARATION DU RISQUE

Pour nous permettre d'établir le contrat et calculer la cotisation, l'adhérent, le souscripteur et l'assuré doivent :

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

■ en cours de contrat, pour les assurances Accidents et Perte de Revenus, nous informer, par lettre recommandée, des modifications suivantes :

- d'une cessation d'activité professionnelle, définitive ou d'une durée supérieure à 6 mois ne résultant pas d'un événement garanti par le présent contrat. Dans ce cas, l'Assurance Perte de Revenus et la garantie indemnités journalières de l'Assurance Accident sont sans objet puisqu'il n'y a plus exercice de l'activité professionnelle,
- d'un changement d'activité professionnelle de l'assuré.

Si cette modification aggrave le risque, nous pouvons soit :

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

■ DÉCLARATION DES AUTRES ASSURANCES

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

🔍 Que survient-il si vous omettez une information ou la déclarez inexactly ? (hormis pour l'Assurance Complémentaire Santé)

■ En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, vos garanties sont réputées n'avoir jamais existé. Deux conséquences en découlent :

- les cotisations payées nous sont acquises et nous avons droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes les cotisations échues (hormis l'assurance Décès),
- vous ou les bénéficiaires devez nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat.

■ En l'absence de mauvaise foi, nous pouvons :

- si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant sinistre :
 - nous pouvons maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le souscripteur/adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin 10 jours après notification adressée au souscripteur /adhérent par lettre recommandée. Nous restituons à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.
- Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après sinistre :
 - l'indemnité est réduite en proportion du taux de la cotisation payé par rapport au taux de la cotisation qui aurait été dû si vous aviez complètement et exactement déclaré le risque.

DIMINUTION DU RISQUE

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

VOTRE COTISATION

Il s'agit du prix des garanties que vous avez choisies pour assurer le risque déclaré.

Le montant de votre cotisation est indiqué sur votre fiche personnalisée d'assurance complémentaire santé (Conditions Particulières), les Conditions Particulières d'assurance « Accident » et « Perte de revenus » et sur le certificat d'adhésion d'assurance « Décès ».

Le montant de votre cotisation vous sera également indiqué lors de chaque avis d'échéance.

🔍 Montant

Pour l'assurance Perte de revenus, l'assurance accident, la complémentaire santé et les contrats Assurance décès n° 02111 et n° 02121 (contrats Madelin) et 02110 et 02120 (contrats non Madelin), le montant de votre cotisation est déterminé à partir d'un ou de plusieurs des éléments suivants :

- l'âge qui est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance de l'assuré. En **Complémentaire santé**, les assurés sont classés en 12 tranches d'âges (0 à 20 ans, 21-25 ans, 26-30 ans, 31-35 ans, 36-40 ans, 41-45 ans, 46-50 ans, 51-55 ans, 56-60 ans, 61-65 ans, 66-70 ans, plus de 70 ans). En **Assurance Décès**, les tranches d'âge sont au nombre de 9 (18-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans, 65-70 ans). En **Perte de revenus**, il y a 8 tranches d'âge (18-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans),
- le régime d'assurance maladie,
- le département de résidence de l'assuré,
- l'activité professionnelle de l'assuré,
- la garantie souscrite,
- l'âge des enfants bénéficiaires,
- la périodicité et le mode de paiement choisis,
- du sexe de l'assuré.

Pour les adhérents des contrats d'assurance de groupe sur la vie n° 02121 (contrat Madelin) et 02120 (contrat non Madelin) « Assurance décès » le montant de la cotisation prend également en compte :

- votre profil tabagique.

■ ASSURANCE SANTÉ

Pour un sociétaire ayant au moins 3 enfants de 0 à 20 ans assurés, la gratuité est accordée à partir du troisième. Elle s'applique à (aux) l'enfant(s) dont la(les) cotisation(s) est(sont) la(les) moins élevée(s).

Conditions de règlement de la cotisation de votre complémentaire santé

A la date d'échéance fixée au 1^{er} janvier, vous devez régler votre cotisation qui comprend notamment :

- votre cotisation annuelle proprement dite,
- les frais de fractionnement*,
- les frais d'échéance qui correspondent à des dépenses liées aux échéances de paiement de votre cotisation. Ces frais sont indiqués sur votre avis d'échéance,
- les taxes (le détail figure sur votre avis d'échéance).

Votre cotisation peut être réglée en plusieurs fractions.

* Les frais de fractionnement, intégrés dans le montant de votre cotisation, représentent un pourcentage du montant de votre cotisation qui diffère lorsque vous avez souhaité une périodicité de paiement autre qu'annuelle.

Les frais de fractionnement correspondent à :

- 4 % du montant total de votre cotisation proprement dite si vous réglez votre cotisation chaque mois,
- 3 % en cas de règlement trimestriel de votre cotisation,
- 2 % en cas de règlement semestriel de votre cotisation.

Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal. Pour un paiement trimestriel, les échéances sont fixées au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre. Pour un paiement semestriel, les échéances sont fixées au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet.

Pour percevoir leurs prestations, les sociétaires doivent être à jour de leurs cotisations et de celles des membres de leur famille qu'ils ont désignés comme assurés.

Les souscripteurs/adhérents de l'assurance Complémentaire Maladie doivent être à jour de leurs cotisations et de celles des membres de leur famille qu'ils ont désignés comme assurés pour percevoir leurs indemnités.

Paiement de votre ou vos cotisation(s) assurance décès, perte de revenus ou accident

La première année, vous nous versez au moment de la souscription/adhésion une cotisation calculée en fonction du nombre de quinzaines restant à courir entre la date de la souscription/adhésion et le 31 décembre, toute quinzaine entamée étant due.

À la date d'échéance indiquée au contrat, vous devez payer à notre Siège Social :

- votre cotisation annuelle proprement dite,
- les frais accessoires de votre cotisation.

Sur votre demande, nous pouvons vous accorder le paiement fractionné de votre cotisation, mais en cas de non-paiement d'une fraction dans les 10 jours de l'échéance, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviennent immédiatement exigibles.

Exonération

ASSURANCE PERTE DE REVENUS

Le souscripteur/adhérent est dispensé du paiement de la cotisation dès le début de l'incapacité totale de travail de l'assuré et pendant toute la période d'indemnisation au titre du présent contrat.

Les cotisations encaissées pour une période postérieure au début de l'incapacité sont alors remboursées au plus tard au mois de janvier qui suit l'émission de l'avis d'échéance annuelle et au plus tôt lors de la reprise de l'activité si celle-ci a lieu avant l'émission de l'avis d'échéance.

Participation aux bénéfices

ASSURANCE DÉCÈS

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

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

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

Retard dans le paiement

Lorsque vous ne réglez pas votre cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons vous envoyer une lettre recommandée de mise en demeure.

Il n'existe pas de période de suspension pour l'assurance Décès. Pour celle-ci, la lettre recommandée de mise en demeure informe que le contrat sera résilié dans un délai de 40 jours suivant l'envoi du courrier. Pour les autres garanties, cette mise en demeure entraîne leur suspension 30 jours après son envoi, si vous n'avez pas réglé, durant ce délai, la totalité de la somme demandée.

Quelle est la durée de la suspension ?

Plusieurs hypothèses peuvent se présenter :

- vous réglez intégralement votre cotisation pendant la période de suspension de 10 jours :
 - vos garanties reprennent effet le lendemain du jour du règlement.
- Vous ne réglez pas votre cotisation :
 - nous résilions votre contrat, 10 jours après la date de suspension en vous le notifiant dans la mise en demeure ou par une nouvelle lettre recommandée.

Si la mise en demeure est adressée hors de la France Métropolitaine, la lettre recommandée est accompagnée d'une demande d'avis de réception et le délai de 30 ou 40 jours ne court que du jour de la remise précisé sur l'avis de réception.

Lorsque le souscripteur ou l'adhérent bénéficie du paiement échelonné de la cotisation, le non-paiement d'une fraction dans les 10 jours de son échéance rend immédiatement exigible le solde restant à courir.

Modification du taux de la cotisation

La modification de votre cotisation peut avoir pour motif :

EN COURS D'ANNÉE

Du fait de l'assuré :

- un changement de Régime Obligatoire,
- un changement d'adresse,
- un changement de votre activité professionnelle,
- une modification de la garantie,

et, éventuellement, dans les 2 ans qui suivent la date d'effet de l'adhésion :

- un constat de déséquilibre entre les prestations versées et les cotisations encaissées (à l'exclusion de la complémentaire santé).

Du fait des dispositions réglementaires (pour l'assurance complémentaire santé) :

- une modification des montants de la base de remboursement du régime obligatoire ou des remboursements des régimes obligatoires,
- une modification législative ou réglementaire.

À L'ÉCHÉANCE :

- un changement de tranche d'âge de l'assuré lorsque le tarif de la garantie évolue avec l'âge (Complémentaire Maladie, Perte de Revenus, Décès),
- la revalorisation des garanties (voir ci-dessous),
- un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût moyen des sinistres),
- une modification de la part de la cotisation rente d'invalidité affectée au fonds de revalorisation (Assurance Perte de Revenus - Voir p. 31).

Dans les trois derniers cas, une note accompagnant l'avis d'échéance informe le souscripteur des motifs de la modification.

Quels sont alors vos droits ?

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

Adaptation de vos garanties

Vos garanties sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité Sociale. Cette évolution est déterminée par différence entre les valeurs des deux années précédentes. Cette revalorisation ne s'applique pas aux garanties de l'assurance Complémentaire Santé. Elle ne s'applique à l'assurance décès que si l'option correspondante a été souscrite.

REVALORISATION DES INDEMNITÉS EN COURS DE SERVICE

Assurance "Perte de Revenus"

Les indemnités journalières en cours de service sont revalorisées chaque année au 1^{er} Janvier dans les conditions prévues p. 30 (§ Adaptation de vos garanties).

La rente annuelle est égale, lorsqu'elle devient exigible, à 365 fois le montant de l'indemnité journalière garantie à la même date. Elle est revalorisée ensuite chaque année au 1^{er} janvier dans les conditions prévues ci-dessus mais dans la limite du FONDS DE REVALORISATION constitué de la façon suivante :

- Chaque année au 31 décembre, 10 % des cotisations (*) versées au titre de la garantie Rente d'Invalidité sont affectés au fonds de revalorisation ;
- Chaque année, après la clôture de l'exercice, nous établissons un compte qui enregistre :

AU CRÉDIT

- les cotisations versées au titre de la garantie Rente d'Invalidité nettes des frais d'acquisition, de gestion et du prélèvement de 10 % (*) prévu ci-dessus,
- la provision mathématique des rentes au 31 Décembre de l'exercice précédent,
- les capitaux constitutifs des revalorisations de rentes prélevés au cours de l'exercice sur le fonds de revalorisation,
- les intérêts nets d'impôts produits au cours de l'exercice par la provision mathématique des rentes et le fonds de revalorisation des rentes constitués au 31 Décembre précédent,
- l'éventuel solde, en notre faveur, des opérations de Réassurance au 31 décembre de l'exercice.

(*) Afin d'assurer une revalorisation des rentes en cours, une modification de ce taux peut être décidée par le Conseil d'Administration, avant l'échéance, en fonction des besoins du fonds de revalorisation. Cette décision peut être accompagnée d'une augmentation de la cotisation conformément à la page 29 (Modification du taux de la cotisation).

AU DÉBIT

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

SUBROGATION

Assurance complémentaire maladie

Après remboursement des prestations de soins dues en fonction des garanties choisies, nous sommes subrogés dans les droits et actions de l'assuré / bénéficiaire victime d'un accident pour agir contre le tiers responsable, c'est-à-dire que nous disposons auprès du responsable d'une action en remboursement, a due concurrence de la part d'indemnités que nous avons versées à l'assuré.

PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Cette dernière prescription biennale est opposable aux assurés et aux adhérents/souscripteurs.

Le délai de prescription est porté à 10 ans en assurance décès lorsque le bénéficiaire de l'indemnité est distinct de l'assuré/adhérent/souscripteur.

Passé ces délais, les actions de l'assuré/adhérent/souscripteur ou du bénéficiaire et des ayants droits ne sont plus recevables.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° qu'à compter du paiement des prestations accordées ou de la décision de refus de paiement des prestations, si la réclamation porte sur des prestations accordées ou refusées ;
- 2° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 3° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré/adhérent/souscripteur et du bénéficiaire ou de l'ayant droit 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/adhérent/souscripteur, bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par ces derniers.

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 ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour le contrat Assurance décès, nonobstant les dispositions du 3°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

CESSATION DE VOTRE CONTRAT

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

Dénonciation de la tacite reconduction

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

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

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

La résiliation

DANS QUEL CAS VOTRE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?

Motifs communs à toutes les assurances :

PAR NOUS :

- en cas de non paiement de votre cotisation.

Motifs communs à toutes les assurances hormis l'assurance Complémentaire Maladie

PAR VOUS :

- en cas de diminution du risque si nous refusons de réduire votre cotisation en conséquence,
- en cas de majoration du taux de votre cotisation, dans la mesure où cette majoration est décidée par le Conseil d'Administration ou due à un changement de tranche d'âge,
- en cas de changement de profession. La résiliation ne peut alors intervenir que dans les 3 mois suivant la date de l'événement. Elle prend effet un mois après sa notification (Assurance Perte de Revenus et Accident uniquement).

PAR NOUS :

en cas :

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

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

DE PLEIN DROIT :

- à la date du décès de l'assuré,
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'assuré dans le cadre de son régime obligatoire d'assurance vieillesse sans que cette date puisse excéder les 65 ans de l'assuré par différence de millésime pour l'Assurance Perte de Revenus et ses 70 ans pour la garantie Indemnités Journalières de l'Assurance Accident,
- au 31 décembre de l'année où l'assuré aura atteint ses 70 ans (Assurance Décès et Accident),
- à la date du règlement du capital en cas d'invalidité absolue et définitive,
- pour la rente éducation au 31 décembre précédant le 26^{ème} anniversaire du ou des enfant(s) bénéficiaire(s) ou en l'absence de non mise en jeu des garanties,
- au 31 décembre de l'année où le dernier assuré présent sur le contrat aura atteint ses 70 ans et que seule demeure sur le contrat l'option Indemnités journalières hospitalisation (Assurance Complémentaire maladie).

COMMENT EST RÉSILIÉ VOTRE CONTRAT ?

■ Vous en prenez l'initiative :

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

■ Nous en prenons l'initiative :

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

SORT DE VOTRE COTISATION

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

LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

→ LE DROIT APPLICABLE (article L225-2 du Code de la Mutualité)

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

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

Pour l'assurance décès, s'adresser au médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelle d'Assurances) 9 rue Saint Pétersbourg - 75008 PARIS tél. 01 53 04 16 00.

→ NOTRE SERVICE RÉCLAMATIONS

Les observations que vous êtes susceptible de formuler au sujet de votre contrat sont examinées par notre service réclamations à notre siège social dont l'adresse est la suivante : MAAF SANTE - Service réclamations - Chauray - 79036 NIORT Cedex 09.

→ LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS

Comme le prévoit la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant. Ces informations sont destinées à MAAF SANTE, FORCE ET SANTE, MAAF VIE responsable du traitement, à des fins de gestion et de suivi de vos contrats, d'analyse et d'exploitation commerciale. Elles pourront être transmises aux entités du Groupe Mutuel MAAF et aux partenaires contractuellement liés.

Vous disposez du droit de vous opposer à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement à des fins de prospection ou soient transmises à des tiers.

Si vous souhaitez exercer vos droits ou obtenir des informations complémentaires il vous suffit d'écrire à MAAF - Coordination informatique et libertés - Chauray - 79036 NIORT cedex 9 ou nous adresser un e-mail à coordonateur.cnil@maaf.fr.

→ LES INFORMATIONS PARTICULIÈRES LIÉES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations qui vous ont été données à l'occasion de la vente à distance de votre contrat revêtent un caractère commercial et sont valables jusqu'au 31 décembre de l'exercice en cours.

Délai de Renonciation au contrat conclu exclusivement à distance (Article L221-18 du Code de la Mutualité) pour le contrat d'assurance complémentaire santé.

Vous disposez d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer au contrat si ce dernier a été conclu exclusivement à distance. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où le contrat a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les présentes conditions générales et particulières si cette date est postérieure à celle de la prise d'effet du contrat.

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

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

Vous devez notifier votre demande à l'adresse du siège social de MAAF SANTE par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette demande intégrera la phrase suivante :

« Je soussigné <votre nom et prénom> exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L.221-18 du Code de la Mutualité pour mon contrat d'assurance complémentaire santé individuel numéro ----- (indiquer les références du contrat figurant sur les Conditions Particulières), souscrit le -----».

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

En tant que personne physique, si vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, et avez signé dans ce cadre un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous avez la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

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

Vous devez notifier votre volonté de renoncer par courrier à l'adresse de votre agence MAAF. Cette demande intégrera la phrase suivante :

« Je soussigné <votre nom et prénom > exerce mon droit de renonciation prévu par l'article l'article L.221-18 du Code de la Mutualité pour mon contrat d'assurance complémentaire santé individuel numéro ----- (indiquer les références du contrat figurant sur les Conditions Particulières) , souscrit le -----».

Le contrat « Assurance Décès » est régi par le Code des Assurances.
Les Contrats d'Assurance « Perte de Revenus », « Accident » et
« Complémentaire Santé » sont régis par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de MAAF SANTE, MAAF VIE et de FORCE et SANTE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel
61 Rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09



FORCE et SANTE



la référence qualité prix

Commercialisé par : MAAF Assurances SA

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 160 000 000 euros entièrement versé - Entreprise régie par le code des assurances
R.C.S. NIORT 542 073 580 - N° TVA intracommunautaire FR 38 542 073 580 - Code APE 6512 Z

Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse : Chaban de Chauray - 79036 NIORT Cedex 9 - www.maaf.fr

Assuré par : FORCE ET SANTE

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

Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse : Chaban de Chauray - 79036 NIORT Cedex 9 - www.maaf.fr

MAAF SANTE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - RNM 331 542 142 - Code APE 6512 Z

Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY - Adresse : Chaban de Chauray - 79036 NIORT Cedex 9 - www.maaf.fr

MAAF VIE

ENTREPRISE RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES - Siège social : Chaban - 79180 CHAURAY
Société anonyme à directoire et conseil de surveillance. Capital : 65 385 600 euros entièrement versé
RCS NIORT 337 804 819 - N° TVA Intracommunautaire : FR 82 337 804 819 - Code APE 6511 Z

Adresse postale : 79087 NIORT Cedex 9 - www.maaf.fr