

MES BIENS

MA FAMILLE

MON ARGENT

**MON ACTIVITÉ  
PROFESSIONNELLE**



ENTREPRISE

# GARANTIES HOMME CLÉ MAAF

CONDITIONS GÉNÉRALES



# INTRODUCTION

## Les garanties Homme Clé MAAF

Les garanties Homme Clé MAAF sont un regroupement de contrats de prévoyance destiné aux professionnels, proposant :

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

## Qui est l'Homme Clé ?

Il s'agit de toute personne jouant un rôle déterminant dans le fonctionnement de l'entreprise.

Peuvent être considérés notamment comme des Hommes Clés :

- toute personne qui dans l'entreprise possède ou maîtrise un art, une science ou une technique directement liés à l'objet social,
- tout dirigeant effectif dans les petites et moyennes entreprises. Il conviendra de déterminer, au vu de chaque situation (modes d'organisation et de fonctionnement de l'entreprise, liens juridiques entre l'entreprise et « l'Homme Clé », etc...), les personnes pouvant avoir la qualité d'Homme Clé.

## Présentation des contrats Assurance « Pertes de revenus » et Assurance « décès »

Les contrats sont destinés à compenser la perte d'exploitation et les frais entraînés par l'absence ou la disparition de l'Homme Clé assuré. Ils ont pour objet, selon le contrat choisi par l'adhérent/souscripteur à l'adhésion/souscription, le versement au bénéficiaire désigné, d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de la personne assurée et/ou d'indemnités journalières (durée maximum de 1 an) en cas d'incapacité temporaire totale de travail de la personne assurée.

L'entreprise souscriptrice/adhérente doit s'assurer que les montants garantis ne sont pas disproportionnés par rapport au préjudice qu'elle subirait à la suite du décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, ou de l'incapacité temporaire totale de travail de l'Homme Clé assuré.



## Les contrats

➤ **ASSURANCE PERTE DE REVENUS** p. 5

➤ **ASSURANCE DÉCÈS** p. 26

Réf. HC. 005-06/2018



**ASSURANCE PERTE DE REVENUS**

**CONDITIONS GÉNÉRALES**

# OÙ TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ

|   |              |
|---|--------------|
| <b>LEXIQUE</b>  | <b>p. 7</b>  |
| <b>OBJET DU CONTRAT</b>   | <b>p. 9</b>  |
| <b>LES GARANTIES DU CONTRAT</b>   | <b>p. 10</b> |
| Les événements couverts   | p. 10        |
| La prestation « Indemnités Journalières »   | p. 10        |
| Étendue territoriale des garanties  | p. 12        |
| Les événements non couverts   | p. 13        |
| <b>LA VIE DE VOTRE CONTRAT</b>  | <b>p. 15</b> |
| Formation et durée de votre contrat   | p. 15        |
| Déclaration du risque   | p. 15        |
| Diminution ou suppression du risque   | p. 15        |
| Augmentation des garanties en cours de contrat  | p. 16        |
| Prescription  | p. 16        |
| Cessation de votre contrat  | p. 17        |
| <b>LES MODALITÉS DE VERSEMENT</b>   | <b>p. 18</b> |
| En cas d'incapacité temporaire totale de travail  | p. 18        |
| Clause d'arbitrage  | p. 18        |
| <b>VOTRE COTISATION</b>   | <b>p. 19</b> |
| Montant et paiement de votre cotisation   | p. 19        |
| Évolution de votre cotisation   | p. 20        |
| <b>REVALORISATION</b>   | <b>p. 21</b> |
| <b>VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE</b>   | <b>p. 22</b> |
| Assistance aux personnes  | p. 22        |
| <b>VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES</b>   | <b>p. 25</b> |
| Les renseignements juridiques   | p. 25        |
| <b>INFORMATIONS GÉNÉRALES</b>   | <b>p. 26</b> |
| Le droit applicable   | p. 26        |
| Gestion des réclamations  | p. 26        |
| Protection des données personnelles   | p. 26        |
| Compensation  | p. 26        |
| Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile du souscripteur/adhérent ou sur son lieu de travail | p. 27        |
| Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance  | p. 27        |

## LEXIQUE

### ACCIDENT

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

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

### ASSURÉ (VOUS)

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

### ASSUREUR (NOUS)

MAAF Assurances SA : société anonyme au capital de 160 000 000 euros entièrement versé - Entreprise régie par le code des assurances RCS NIORT 542 073 580 - N° TVA intracommunautaire FR 38 542 073 580 - Code APE 6512 Z

### BÉNÉFICIAIRE

L'entreprise qui perçoit les prestations en cas de réalisation du risque.

### CARENCE

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

### CONSOLIDATION

La consolidation correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente partielle réalisant un préjudice.

### CONTRAT

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

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

Correspond au 1<sup>er</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail (ou d'arrêt de travail).

### DÉCHÉANCE

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

### FRANCHISE

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

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

Il existe deux catégories de franchise pour l'assurance « Perte de revenus » :

#### 1) Franchise absolue

Les indemnités sont versées à partir du 1<sup>er</sup> jour suivant la durée de franchise choisie par l'assuré/souscripteur parmi les propositions suivantes (voir tableau ci-dessous).

#### 2) Franchise spécifique

Cette franchise est caractérisée dans les conditions particulières par l'expression « 7 J maladie si arrêt de travail ininterrompu supérieur ou égal à 15 jours et 0 J accident » :

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

| Combinaisons |           | Définitions des franchises absolues  | Franchise absolue caractérisée sur les conditions particulières de la façon suivante : |  |
|--------------|-----------|--|--|--|
| Maladie      | Accident  |  |  |  |
| 15 jours     | 3 jours   | l'assuré sera indemnisé à compter du 16 <sup>e</sup> jour en cas de maladie et à compter du 4 <sup>e</sup> jour en cas d'accident  | Franchise :<br>- Indemnisation maladie :<br>- Indemnisation accident :                 | au 16 <sup>ème</sup> jour<br>au 4 <sup>ème</sup> jour    |
| 30 jours     | 3 jours   | l'assuré sera indemnisé à compter du 31 <sup>e</sup> jour en cas de maladie et à compter du 4 <sup>e</sup> jour en cas d'accident  | Franchise :<br>- Indemnisation maladie :<br>- Indemnisation accident :                 | au 31 <sup>ème</sup> jour<br>au 4 <sup>ème</sup> jour    |
| 15 jours     | 15 jours  | l'assuré sera indemnisé à compter du 16 <sup>e</sup> jour en cas de maladie et en cas d'accident                                   | Franchise :<br>- Indemnisation maladie :<br>- Indemnisation accident :                 | au 16 <sup>ème</sup> jour<br>au 16 <sup>ème</sup> jour   |
| 30 jours     | 15 jours  | l'assuré sera indemnisé à compter du 31 <sup>e</sup> jour en cas de maladie et à compter du 16 <sup>e</sup> jour en cas d'accident | Franchise :<br>- Indemnisation maladie :<br>- Indemnisation accident :                 | au 31 <sup>ème</sup> jour<br>au 16 <sup>ème</sup> jour   |
| 30 jours     | 30 jours  | l'assuré sera indemnisé à compter du 31 <sup>e</sup> jour en cas de maladie et d'accident  | Franchise :<br>- Indemnisation maladie :<br>- Indemnisation accident :                 | au 31 <sup>ème</sup> jour<br>au 31 <sup>ème</sup> jour   |
| 60 jours     | 60 jours  | l'assuré sera indemnisé à compter du 61 <sup>e</sup> jour en cas de maladie et d'accident  | Franchise :<br>- Indemnisation maladie :<br>- Indemnisation accident :                 | au 61 <sup>ème</sup> jour<br>au 61 <sup>ème</sup> jour   |
| 90 jours     | 90 jours  | l'assuré sera indemnisé à compter du 91 <sup>e</sup> jour en cas de maladie et d'accident  | Franchise :<br>- Indemnisation maladie :<br>- Indemnisation accident :                 | au 91 <sup>ème</sup> jour<br>au 91 <sup>ème</sup> jour   |
| 180 jours    | 180 jours | l'assuré sera indemnisé à compter du 181 <sup>e</sup> jour en cas de maladie et en cas d'accident                                  | Franchise :<br>- Indemnisation maladie :<br>- Indemnisation accident :                 | au 181 <sup>ème</sup> jour<br>au 181 <sup>ème</sup> jour |



## LEXIQUE

### INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (OU ARRÊT DE TRAVAIL)

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

### MALADIE

Toute altération de votre état de santé constatée médicalement.

### NOUS

MAAF Assurances SA : société anonyme au capital de 160 000 000 euros entièrement versé - Entreprise régie par le code des assurances RCS NIORT 542 073 580 - N° TVA intracommunautaire FR 38 542 073 580 - Code APE 6512 Z

### REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ

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

### RIXE

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

### SOUSCRIPTEUR

**Pour le contrat « Perte de revenus » :** personne physique ou morale, qui souscrit le contrat et s'acquitte des cotisations.

### VOUS

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

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

Nous expliquons dans les pages suivantes comment bénéficier des garanties.

## ➔ OBJET DU CONTRAT

### ➔ Assurance Perte de Revenus

Le contrat « Assurance Perte de Revenus » est un contrat d'assurance individuel assuré par MAAF Assurances SA, régi par le Code des assurances.

L'assuré doit être âgé de 18 à 60 ans et résider en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre Mer (DROM) lors de la souscription d'une assurance Perte de Revenus.

Ce contrat est composé d'une garantie Indemnités Journalières.

Le souscripteur peut également choisir de souscrire les options suivantes :

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

Et/ou :

- « ½ Indemnité au-delà de 90 jours ».

Ces informations sont spécifiées au contrat (Cf. lexique et chapitre « La vie de votre contrat », paragraphe « formation de votre contrat »).

## LA GARANTIE DU CONTRAT

### Les événements couverts

#### NOUS GARANTISSONS LES ÉVÉNEMENTS SUIVANTS

##### TOUT ACCIDENT

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

#### Précisions sur la prise en charge des pathologies rachidiennes

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

##### TOUTE MALADIE

- dont la première manifestation apparaît plus de 3 mois (délai de carence, cf. lexique) après la date de prise d'effet du contrat,
- Ce délai de 3 mois est supprimé lorsque le présent contrat fait suite sans interruption à un contrat souscrit antérieurement auprès d'une autre Mutuelle ou Société d'assurances pour un même assuré et comportant des garanties équivalentes (en termes de nature de garanties : indemnités journalières et rente invalidité, de montants et de franchise). Si votre nouvelle adhésion comprend des garanties nouvelles, des montants de garantie plus élevés, ou une franchise différente, le délai de carence de 3 mois ne s'applique que sur les nouvelles garanties ou sur le différentiel de garantie après la date d'effet.

Ces dispositions sont applicables sous réserve de transmettre au service sinistre MAAF sous un délai de 30 jours, les conditions particulières pouvant justifier les garanties de votre précédent contrat ainsi qu'une copie du document justifiant la résiliation, ainsi que sa date d'effet. Sans justificatif, le délai de carence de 3 mois sera appliqué à l'ensemble de vos garanties à partir de la date d'effet du contrat Assurance Perte de Revenus.

#### Précisions sur la prise en charge des pathologies rachidiennes

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

### La prestation « Indemnités Journalières »

#### GARANTIE : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

##### Conditions :

Les indemnités journalières sont versées à l'entreprise pendant la période d'interruption totale médicalement

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

##### Période d'indemnisation :

- La période d'indemnisation commence à partir de la date de survenance de l'accident ou maladie garanti(e) et au maximum, jusqu'au terme de la durée d'indemnisation (1 an).

Pour la franchise spécifique et les franchises absolues (voir lexique) la période de la franchise est déduite de la durée d'indemnisation.

##### Exemple :

Garanties souscrites :

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

Arrêt maladie :

du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 05 février 2018, soit 401 jours d'arrêt.

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| Durée d'indemnisation maximum | 365 jours   |
| Franchise :                   | - 15 jours  |
| Indemnisation :               | = 350 jours |

Les Indemnités Journalières (350 jours d'indemnisation) sont versées à partir du 16 janvier 2017

- La catégorie et la durée des franchises sont fixées à vos conditions particulières :

- « franchise absolue » avec la durée choisie par l'assuré/souscripteur (voir lexique),
- ou la « franchise spécifique » (voir lexique).

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

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

##### Montant de l'indemnité :

- Il est égal au nombre de jours de la période d'indemnisation dans la limite de la durée d'indemnisation (1 an) multiplié par la valeur de l'indemnité journalière fixée au contrat.
- Le montant de cette indemnité journalière est revalorisée chaque année (voir chapitre « La revalorisation », § Adaptation de vos garanties).
- La valeur de cette dernière indemnité journalière peut être réduite de moitié si le souscripteur/assuré opte pour l'une des deux options de la garantie I, décrites ci-après.

#### OPTIONS DE LA GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les options suivantes, dénommées comme suit dans le bulletin d'adhésion, peuvent être souscrites :

##### Option de la garantie Indemnités Journalières :

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

##### Montant de l'indemnité

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

## LA GARANTIE DU CONTRAT

### ■ Conditions :

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

### ■ Période d'indemnisation :

- La  $\frac{1}{2}$  indemnité journalière de cette option est versée pendant une durée maximale de 3 mois à compter de la reprise partielle.
- La durée d'indemnisation totale au titre de la garantie Indemnités Journalières et de l'option «  $\frac{1}{2}$  Indemnité en cas de reprise partielle d'activité », ne peut excéder au global la durée d'indemnisation mentionnée au contrat au titre de la garantie Indemnités Journalières (1 an).

### Exemple :

#### Garanties souscrites :

Franchise maladie absolue : 90 jours  
Durée d'indemnisation : 1 an  
Option «  $\frac{1}{2}$  indemnité en cas de reprise partielle d'activité ».

#### Arrêt maladie :

du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 16 décembre 2017, soit 350 jours d'arrêt, avec une reprise partielle d'activité à partir du 05 novembre 2017.

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| Arrêt :                | 350 jours   |
| Franchise :            | - 90 jours  |
| Indemnisation totale : | = 260 jours |

Les Indemnités Journalières sont versées du 1<sup>er</sup> avril 2017 jusqu'au 16 décembre 2017 (260 jours d'indemnisation) selon les modalités suivantes :

- . Indemnité totale (Arrêt total) : versement des Indemnités Journalières complètes du 1<sup>er</sup> avril 2017 jusqu'au 04 novembre 2017.
- .  $\frac{1}{2}$  indemnité (Arrêt partiel) : versement de la  $\frac{1}{2}$  des Indemnités Journalières du 05 novembre 2017 jusqu'au 16 décembre 2017.

### ■ Option de la garantie I : « $\frac{1}{2}$ Indemnité au-delà de 90 jours ».

#### ■ Conditions et montant de l'indemnité :

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

#### ■ Période d'indemnisation :

La durée d'indemnisation totale des indemnités journalières versées dans le cadre de la garantie Indemnités Journalières et de l'option «  $\frac{1}{2}$  Indemnité au-delà de 90 jours » ne peut excéder au global la durée d'indemnisation mentionnée au contrat, au titre de la garantie Indemnités Journalières (1 an).

### Exemple :

#### Garanties souscrites :

Franchise maladie absolue : 15 jours  
Durée d'indemnisation : 1 an  
Option «  $\frac{1}{2}$  indemnité au-delà de 90 jours ».

#### Arrêt maladie :

|  |             |
|--|-------------|
| du 1 <sup>er</sup> avril 2017 au 16 octobre 2017, soit 199 jours d'arrêt |             |
| Franchise :  | - 15 jours  |
| Indemnisation totale :   | = 184 jours |

Les Indemnités Journalières sont versées du 16 avril 2017 jusqu'au 16 octobre 2017 (184 jours d'indemnisation) selon les modalités suivantes :

- . Indemnité totale : versement des Indemnités Journalières complètes du 16 avril 2017 jusqu'au 29 juin 2017.
- .  $\frac{1}{2}$  indemnité : versement de la  $\frac{1}{2}$  des Indemnités Journalières à partir du 91<sup>ème</sup> jour, soit du 30 juin 2017 jusqu'au 16 octobre 2017.

## LE SERVICE DE LA GARANTIE CESSÉ

Les indemnités journalières ou les  $\frac{1}{2}$  indemnités journalières ne sont plus versées dans les cas suivants :

- dès lors que votre état de santé est stabilisé et qu'à la consolidation, vous êtes considéré médicalement apte à reprendre même partiellement votre activité professionnelle (spécifiée au contrat) pour la garantie indemnité avec ou sans l'option «  $\frac{1}{2}$  indemnité au-delà de 90 jours »,

ou

si vous avez souscrit dans le cadre de la garantie I l'option «  $\frac{1}{2}$  Indemnité en cas de reprise partielle d'activité », dès que vous êtes apte à reprendre votre activité professionnelle (spécifiée au contrat) à temps plein ou à la fin de l'indemnisation au titre de la reprise partielle d'activité.

- à l'expiration de la durée maximum d'indemnisation prévue dans les présentes conditions générales pour certaines pathologies détaillées en page 10,
- à l'expiration de la durée maximum d'indemnisation d'un an,
- à la date de la liquidation des droits de l'assuré dans le cadre de son régime de retraite obligatoire sans que cette date puisse excéder les 67 ans de l'assuré par différence de millésime.

## DÉLAI DE RÈGLEMENT

Pendant votre interruption totale de travail, nous versons, sous réserve de l'accord de notre service médical et à terme échu tous les 15 jours, les indemnités journalières, après expiration de la franchise précisée aux conditions particulières.

## LA GARANTIE DU CONTRAT

### 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 <sup>er</sup> février 2017 au 13 mars 2017, soit 41 jours d'arrêt |            |
| Franchise :  | - 30 jours |
| Indemnisation :  | 11 jours   |

Nouvel arrêt pour la même maladie du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 28 février 2018.

La durée d'indemnisation d'un an se décompte du 1<sup>er</sup> février 2017 au 31 janvier 2018.

Le nouvel arrêt s'indemnise donc du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 janvier 2018, soit 306 jours (février 2018 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 <sup>er</sup> février 2017 au 13 mars 2017, soit 41 jours d'arrêt |            |
| Franchise :  | - 15 jours |
| Indemnisation :  | 26 jours   |

Nouvel arrêt en relation avec l'accident de février, du 13 octobre 2017 au 28 février 2018 soit pendant 139 jours.

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

### Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

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

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

# LES GARANTIES DU CONTRAT

## Les événements non couverts

### Exclusions

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

#### RÉSULTANT :

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

#### CAUSÉS PAR :

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

#### SURVENANT :

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

#### DUS :

- au traitement de l'infertilité et de la stérilité,
- à des traitements prescrits à l'assuré dans une ville d'eau, une station balnéaire ou climatique, les séjours en cure thermale ou thalassothérapie.

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

#### SURVENANT ET RÉSULTANT :

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

# ➔ QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS NON GARANTIS ?

## 📌 Les événements non couverts

### Exclusions

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

#### 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 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 sous l'emprise de l'alcool ou avec un taux d'alcoolémie pouvant être sanctionné pénalement ; sauf si l'assuré prouve que l'accident est sans relation avec cet état.

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

#### SURVENANT :

- pendant une période de suspension de la garantie.

En vertu de la loi ou en raison de la nature des événements concernés, les garanties ne peuvent en aucun cas s'appliquer aux dommages et réclamations liés à l'amiante, y compris les réclamations trouvant leur fondement dans les articles L 452-1, L 452-2, L 452-3 et L 452-4 du code de la Sécurité sociale.

# LA VIE DU CONTRAT

## Formation et durée du contrat

### Formation de votre contrat

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

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

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

La durée de validité du Questionnaire Médical Confidentiel est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Au-delà de cette durée de 3 mois, si votre contrat n'est pas conclu, vous devez compléter un nouveau Questionnaire Médical Confidentiel.

L'assureur peut :

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

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

Les présentes conditions générales vous précisent le fonctionnement de votre contrat et le contenu de vos garanties.

### Durée du contrat

**Votre contrat, conclu jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription, est reconduit chaque 1<sup>er</sup> janvier par tacite reconduction.**

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

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

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

## Déclaration du risque

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

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

- en cours de contrat, nous informer, par lettre recommandée, des modifications suivantes :
  - d'une cessation d'activité professionnelle, définitive ou d'une durée supérieure à 6 mois ne résultant pas d'un événement garanti par le présent contrat,
  - d'un changement d'activité professionnelle de l'assuré.

Si cette modification aggrave le risque, nous pouvons soit :

- résilier le contrat avec un préavis de 10 jours si la nouvelle activité professionnelle de l'assuré fait partie de celles que nous ne garantissons pas.
- vous proposer un nouveau taux de cotisation. Si le souscripteur/adhérent ne donne pas suite ou s'il refuse, dans un délai de 30 jours à compter de la proposition, nous pouvons résilier le contrat au terme de ce délai.

### Déclaration des autres assurances

Si l'assuré est assuré auprès d'un ou plusieurs assureurs pour les risques Perte de Revenus que nous garantissons, il doit nous faire connaître leur identité préalablement à la souscription.

### Que survient-il si vous omettez une information ou la déclarez inexactly ?

- **En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, les 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),**
- **le souscripteur ou les bénéficiaires doivent nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté le contrat.**

- **Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant sinistre :**

- **MAAF Assurances SA a le droit de maintenir la souscription moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré. À défaut d'accord de celui-ci, le bulletin de souscription ou le contrat prend fin 10 jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée. MAAF Assurances SA restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.**

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

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

### Diminution du risque ou suppression du risque

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



## LA VIE DU CONTRAT

### Augmentation des garanties en cours de contrat

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

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

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

### Prescription

#### Article L114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

#### Article L114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption

de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

#### Article L114-3 du Code des assurances

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

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

##### Article 2240

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

##### Article 2241

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

##### Article 2242

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

##### Article 2243

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

##### Article 2244

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

##### Article 2245

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

##### Article 2246

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

# → LA VIE DU CONTRAT

## Cessation du contrat

Le 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 le souscripteur deux mois au moins avant la fin de chaque période annuelle d'assurance.

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

Pour dénoncer la tacite reconduction, le souscripteur doit nous adresser soit une déclaration faite contre récépissé, soit un acte extrajudiciaire ou une lettre recommandée, le 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 LE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ ?

##### Motifs communs à toutes les assurances :

##### PAR VOUS :

- en cas de diminution du risque si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence,
- en cas de majoration du taux de votre cotisation autre que légale ou contractuelle (sur la base des présentes conditions générales), ou due à un changement de tranche d'âge.

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

- changement de domicile
- changement de situation matrimoniale
- changement de régime matrimonial
- changement de profession
- retraite professionnelle : voir paragraphe la résiliation « DE PLEIN DROIT »
- cessation définitive de l'activité professionnelle : votre demande doit nous parvenir au plus tard, 3 mois suivant la date d'arrêt de l'activité de l'assuré, le contrat étant alors sans objet.

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

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

##### PAR NOUS :

en cas :

- de non-paiement de la cotisation,
- d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat de la souscription et/ou l'adhérent refuse la révision de la cotisation,
- lorsque le souscripteur ou l'assuré installe son domicile hors de la France métropolitaine ou des Départements et Régions d'Outre Mer (DROM),
- d'aggravation du risque du fait du changement d'activité professionnelle déclarée,
- de jugement de redressement ou de liquidation judiciaire,
- de fausse déclaration intentionnelle.

**PAR L'ADMINISTRATEUR** ou **LE DÉBITEUR AUTORISÉ** par le juge commissaire ou **LE LIQUIDATEUR** si le souscripteur fait 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 la liquidation des droits à la retraite de l'assuré dans le cadre de son Régime Obligatoire d'assurance vieillesse, sans que cette date puisse excéder les 67 ans de l'assuré par différence de millésime,
- à la date de radiation de l'assuré des listes du personnel de l'entreprise souscriptrice,
- à la date de rupture du contrat de travail de l'assuré s'il est salarié,
- à la date où l'assuré perd la qualité d'Homme Clé de l'entreprise souscriptrice,
- à la date de cessation d'activité de l'entreprise souscriptrice.

##### COMMENT EST RÉSILIÉ LE CONTRAT ?

■ Le souscripteur en prend l'initiative :  
Il a 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 sa décision.

■ Nous en prenons l'initiative :  
Nous adressons au souscripteur, au 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 LA COTISATION

Si le 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 la part du souscripteur ou de l'assuré ou du non-paiement de l'intégralité de la cotisation due (cette portion nous est due à titre d'indemnité).

## → LES MODALITÉS DE VERSEMENTS

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

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

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

**Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, 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 emploi comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, est entièrement déchu de tous ses droits à garantie ; l'assuré et/ou bénéficiaire devra donc nous rembourser toute somme versée à l'occasion de l'accident en cause, indépendamment des autres sanctions que nous sommes fondés à prendre à son encontre.**

### 📌 En cas d'incapacité temporaire totale de travail

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

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

- l'avis d'arrêt de travail,
- un certificat médical précisant la nature de la maladie, et/ou des lésions constatées, et indiquant la durée prévisible de l'arrêt de travail,
- les certificats de prolongation d'arrêt : s'ils ne nous sont pas transmis, les versements des indemnités sont suspendus. Ils reprennent avec effet au jour de la suspension lorsque la situation est régularisée,
- le certificat de reprise totale ou partielle du travail.

Les certificats médicaux descriptifs sont à adresser sous pli confidentiel à MAAF Assurances SA à l'attention du service médical.

En outre, avant le règlement des prestations à l'assuré, MAAF Assurances SA se réserve le droit de demander les justificatifs de ses revenus.

### 📌 Clause d'arbitrage

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

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

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

En cas de désaccord d'ordre médical appuyé par un certificat médical détaillé, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical confié à un médecin agissant en qualité de tiers expert et choisi par l'assuré sur proposition du médecin conseil national MAAF. Les médecins proposés sont inscrits sur l'annuaire des médecins adhérents à 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.

**Lors de l'examen médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant ou un autre médecin de son choix.**

## VOTRE COTISATION

### Montant et paiement de votre cotisation

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

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

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

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

La cotisation TTC peut être réglée en paiement annuel, l'échéance de paiement est alors fixée au 1<sup>er</sup> janvier.

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

La cotisation TTC peut être réglée en plusieurs fois :

- paiement semestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet,
- paiement trimestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1<sup>er</sup> janvier, 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet et 1<sup>er</sup> octobre,
- paiement mensuel en 10 fois, de janvier à octobre,
- paiement mensuel en 12 fois, de janvier à décembre.

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

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

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

#### ■ Quand doit-elle être payée ?

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

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

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

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

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

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

## ➔ VOTRE COTISATION

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

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

**En application de l'article L113-3 du Code des assurances, si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, vous ferez l'objet d'une mise en demeure par lettre recommandée.** Des frais de mise en demeure (11 €), et éventuellement des frais d'impayés (7 €) en cas de paiement fractionné, vous seront facturés et toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviendront immédiatement exigibles.

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

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

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

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

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

## ➔ Évolution de votre cotisation

### ➔ EXONÉRATION

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

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

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

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

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

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

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

### ➔ MODIFICATION DU MONTANT DE LA COTISATION

La modification de votre cotisation peut avoir pour motif :

#### EN COURS D'ANNÉE :

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

#### À L'ÉCHÉANCE :

- un changement de tranche d'âge de l'assuré lorsque le tarif de la garantie évolue avec l'âge,
- la revalorisation des garanties (voir chapitre « La revalorisation »),
- un accroissement de la sinistralité générale (fréquence et/ou du coût moyen des sinistres),
- une modification législative ou réglementaire.

#### Quels sont alors vos droits ?

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

# ➔ REVALORISATION

## ➔ Adaptation de vos garanties

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

## ➔ Revalorisation des indemnités en cours de service

Les indemnités journalières en cours de service sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier dans les conditions prévues ci-dessus.

## VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

### Assistance aux personnes

MAAF ASSISTANCE EST À VOTRE ÉCOUTE 24H/24.

**0 800 16 17 18** Service & appel gratuits

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

**DE L'ÉTRANGER +33 5 49 16 17 18**

**Sourds et malentendants**

**SMS : 06 78 74 53 72**

L'assistance aux personnes vous permet de bénéficier :

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

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

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

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

### LES BÉNÉFICIAIRES

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

**Les bénéficiaires doivent obligatoirement être domiciliés en France\*.**

### VOS GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

**LES DÉPLACEMENTS SONT GARANTIS :**

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

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

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

#### ● Définitions

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

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

\* France métropolitaine ou au sein du même département pour les DROM

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

### Exclusions

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

#### ● Prestations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

### Exclusions

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

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

### L'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

#### ● Prestations Décès d'un bénéficiaire

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

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

### Exclusions

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

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

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

\* France métropolitaine ou au sein du même département pour les DROM

\*\* Cf. lexique

### FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

#### ● Prestation

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

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

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

### CONDITIONS D'INTERVENTION

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



## VOS PRESTATIONS D'ASSISTANCE

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

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

### L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

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

#### ■ Accueil et consultation psychologique

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

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

#### ■ Suivi psychologique

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

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

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

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

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

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

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

### Exclusions

La garantie n'intervient pas :

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

\* Cf. lexique

# ☞ VOTRE GARANTIE RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

## Les renseignements juridiques (par téléphone)

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

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

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

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

## ☞ QUI EST COUVERT ?

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

## ☞ QUELLES SONT LES MODALITÉS D'INTERVENTION ?

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

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

## ☞ QUEL EST LE CONTENU DE LA GARANTIE ?

Les domaines garantis sont les suivants :

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

**Sont exclus les litiges non régis par le droit français.**

\* Cf. lexique

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### Le droit applicable (article L181-1 du Code des assurances)

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

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

### Gestion des réclamations

Pour toute difficulté, votre interlocuteur habituel (conseiller, gestionnaire...) mettra en œuvre tous les moyens à sa disposition pour vous satisfaire. En cas de mécontentement, il vous proposera de vous adresser à son responsable qui analysera avec vous l'origine du problème et s'assurera de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Dans tous les cas, vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de la réception de votre réclamation sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai.

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

#### Par courrier

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

#### Par courriel :

service.RECLAMATIONSETQUALITECLIENT@maaf.fr

#### Par téléphone :

05 49 17 53 00 de 13h00 à 18h00 du lundi au vendredi

Le Service, après avoir réexaminé tous les éléments de votre demande, vous fera part de son analyse. La durée cumulée du délai de traitement de votre réclamation en proximité et par le Service qualité, si vous exercez ce recours, n'excèdera pas, sauf circonstances particulières, celle fixée et révisée périodiquement par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (deux mois au 1<sup>er</sup> mai 2017). En cas de désaccord avec cette analyse, ou de non réponse dans les délais impartis, vous aurez alors la possibilité de solliciter l'avis d'un Médiateur :

- par courrier simple à Médiateur AFA  
La Médiation de l'Assurance  
TSA 50 110 - 75441 PARIS CEDEX 09,
- ou via le site Médiation de l'assurance  
(<http://www.mediation-assurance.org>).

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

### Protection des données personnelles

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

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

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

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

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

MAAF Assurances SA  
Coordination Informatique et Libertés  
Chauray - 79036 NIORT Cedex 9

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

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

### Compensation

Toutes obligations réciproques, présentes ou futures, entre les parties au présent contrat s'éteignent par compensation conformément aux articles 1347 et suivants du code civil.

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

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

Vous devez notifier votre volonté de renoncer par courrier avec demande d'avis de réception à l'adresse du siège social de MAAF Assurances SA Chauray 79036 NIORT Cedex 09. Cette demande intégrera la phrase suivante : « Je soussigné (nom, prénom) exerce mon droit de renonciation prévu pour mon contrat Assurance Perte de Revenus souscrit le ...../...../....., auprès de MAAF Assurances SA ».

### ☞ Délai de renonciation au contrat conclu exclusivement à distance

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

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

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

Vous devez notifier votre demande par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : MAAF Assurances SA Chauray 79036 Niort cedex 09. Cette demande intégrera la phrase suivante : « Je soussigné (nom, prénom) exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L.112-9 du Code des assurances pour mon contrat Assurance Perte de Revenus numéro ....., souscrit le ...../...../..... ».

Le Contrat Assurance « Perte de Revenus » est régi par le Code des assurances.

**Assuré par : MAAF ASSURANCES SA**

Société anonyme au capital de 160 000 000 euros entièrement versé - RCS NIORT 542 073 580 - Code APE 6512 Z

Entreprise régie par le Code des Assurances - N° TVA Intracommunautaire FR 38 542 073 580

**Siège social : Chaban 79180 CHAURAY - Adresse postale : Chauray - 79036 NIORT Cedex 09**

# **ASSURANCE DÉCÈS**

## **Notice d'information**

**La présente notice d'information « Assurance décès » décrit les droits et obligations des adhérents dans le cadre des deux contrats d'assurance de groupe sur la vie :  
- N° 02110 et 02120 à adhésion facultative souscrits par MAAF Assurances au profit de ses sociétaires auprès de MAAF Vie,**

## OÙ TROUVER CE QUE VOUS CHERCHEZ

|   |              |
|---|--------------|
| <b>LEXIQUE</b>  | <b>p. 30</b> |
| <b>OBJET DES CONTRATS</b>   | <b>p. 31</b> |
| <b>LES GARANTIES DU CONTRAT</b>   | <b>p. 32</b> |
| Les événements couverts   | p. 32        |
| Les prestations assurées  | p. 32        |
| Étendue territoriale des garanties  | p. 32        |
| Les événements non couverts   | p. 33        |
| <b>LA VIE DU CONTRAT</b>  | <b>p. 34</b> |
| Formation de votre adhésion   | p. 34        |
| Déclaration des autres assurances   | p. 34        |
| Modification de votre adhésion  | p. 34        |
| Prescription  | p. 34        |
| Durée de votre adhésion – Résiliation de votre adhésion et des garanties  | p. 35        |
| <b>MODALITÉS DE VERSEMENT</b>   | <b>p. 36</b> |
| Capital versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ou capital versé en cas de décès de l'assuré | p. 36        |
| <b>VOTRE COTISATION</b>   | <b>p. 37</b> |
| Montant et paiement de la cotisation  | p. 37        |
| Évolution de la cotisation  | p. 37        |
| Réglementation SEPA   | p. 38        |
| <b>REVALORISATION</b>   | <b>p. 38</b> |
| Revalorisation des garanties  | p. 38        |
| <b>INFORMATIONS GÉNÉRALES</b>   | <b>p. 39</b> |
| Fiscalité - spécificité homme clé   | p. 39        |
| Capitaux non réclamés   | p. 39        |
| Dispositions relatives à la lutte anti-blanchiment  | p. 39        |
| Participation aux bénéficies  | p. 39        |
| Le droit applicable   | p. 39        |
| Délai de renonciation   | p. 39        |
| Gestion des réclamations  | p. 40        |
| Courrier électronique   | p. 40        |
| Protection des données personnelles   | p. 40        |

## LEXIQUE

### ACCIDENT

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

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

### ADHÉRENT

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

### ASSURÉ (OU VOUS)

Personne physique, désignée au certificat d'adhésion, sur la tête de laquelle repose le risque et qui n'exerce pas l'une des professions suivantes : cascadeurs, jockeys, pompiers, membres de l'armée, de la police et de la gendarmerie.

### ASSUREUR (OU NOUS)

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

### BÉNÉFICIAIRE

L'entreprise qui perçoit les prestations en cas de réalisation du risque.

### CONSOLIDATION

La consolidation correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente partielle réalisant un préjudice.

### CONTRAT

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

### DÉCHÉANCE

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

### PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

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

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

### MALADIE

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

### RIXE

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

### SOUSCRIPTEUR

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

## OBJET DES CONTRATS

L'adhésion au contrat « Assurance Décès » est ouverte à toute personne âgée de 18 à 60 ans.

L'adhérent doit au jour de l'adhésion résider fiscalement en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

L'Assurance décès est composée de la garantie et option suivantes :

- garantie : capital versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ou un capital versé à l'entreprise.
- option de la garantie : doublement du capital en cas de décès accidentel.

Les contrats « Assurance Décès » ont pour objet de garantir des prestations en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré dans le cadre des contrats d'assurance de groupe sur la vie à adhésion facultative souscrits auprès de MAAF Vie par MAAF Assurances au profit de ses sociétaires (contrat d'assurance de groupe sur la vie n° 02110 ou 02120). Ces contrats sont ouverts à tout sociétaire de MAAF Assurances.

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.

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



## → LES GARANTIES DU CONTRAT

### → Les événements couverts

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

### → Les prestations assurées

Nous garantissons, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, le versement des prestations suivantes à l'entreprise selon la garantie et option retenues lors de l'adhésion :

- garantie : le versement du capital dont le montant figure au certificat d'adhésion.
- option de la garantie : doublement du capital en cas de décès accidentel.

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

**Toutefois, en aucun cas, le capital dû en cas de décès ne peut se cumuler avec le capital dû en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.**

Le règlement du capital est effectué dans les 15 jours suivants la réception des pièces justificatives.

### → Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

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

## → LES GARANTIES DU CONTRAT

### → Les événements non couverts

#### Exclusions

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

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

(\* ) 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.

En vertu de la loi ou en raison de la nature des événements concernés, les garanties ne peuvent en aucun cas s'appliquer aux dommages et réclamations liés à l'amiante, y compris les réclamations trouvant leur fondement dans les articles L 452-1, L 452-2, L 452-3 et L 452-4 du code de la Sécurité sociale.

## → LA VIE DU CONTRAT

### → Formation de votre adhésion

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

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

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

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

L'assureur peut :

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

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

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

**Conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.**

**Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts (...).**

### → Déclaration des autres assurances

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

### → Modification de votre adhésion

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

### → Prescription

#### Article L114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

#### Article L114-2 du Code des assurances

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

#### Article L114-3 du Code des assurances

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

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

Article 2240

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

Article 2241

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

Article 2242

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

## → LA VIE DU CONTRAT

### Article 2243

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

### Article 2244

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

### Article 2245

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

### Article 2246

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

- lorsque le souscripteur/adhérent ou l'assuré installe son domicile hors de la France métropolitaine ou des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM),
- de jugement de redressement ou de liquidation judiciaire,
- de cessation définitive de l'activité professionnelle, à la date d'arrêt de votre activité, le contrat étant alors sans objet,
- de fausse déclaration intentionnelle,

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

#### DE PLEIN DROIT :

- à la date du décès de l'assuré,
- au 31 décembre de l'année où l'assuré aura atteint ses 70 ans par différence de millésime,
- à la date de règlement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie,
- à la date de radiation de l'assuré des listes du personnel de l'entreprise souscriptrice,
- à la date de rupture du contrat de travail de l'assuré s'il est salarié,
- à la date où l'assuré perd la qualité d'Homme Clé de l'entreprise souscriptrice,
- à la date de cessation d'activité de l'entreprise souscriptrice.

## ➡ Durée de votre adhésion - Résiliation de votre adhésion et de vos garanties

### ➡ DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

**Votre adhésion, conclue jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion, est reconduite d'année en année sans intervention de votre part (il s'agit de la tacite reconduction).**

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

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

### ➡ LA RÉSILIATION

L'adhésion peut également être résiliée :

#### PAR NOUS :

en cas :

- de non paiement de votre cotisation,
- d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat le souscripteur et/ou l'adhérent refuse la révision de la cotisation,

#### ■ COMMENT EST RÉSILIÉ VOTRE CONTRAT ?

- Vous en prenez l'initiative  
Vous avez le choix entre une déclaration faite contre récépissé, un acte extrajudiciaire ou une lettre recommandée qui doit nous être adressée en respectant le délai prévu pour notifier votre décision.
- Nous en prenons l'initiative  
Nous vous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée dans les délais prévus pour notifier notre décision, les délais courant à partir de la date de présentation de la lettre.

#### ■ SORT DE VOTRE COTISATION

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

## ➔ MODALITÉS DE VERSEMENT

### ➔ Capital versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ou capital versé au bénéficiaire en cas de décès de l'assuré

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

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

- Pièces médicales établissant la preuve de l'état d'invalidité absolue et définitive.
- Pour les assurés sociaux : la notification de la caisse attestant l'invalidité de III<sup>ème</sup> catégorie.
- La copie du procès-verbal de Police ou de gendarmerie s'il y a lieu.

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

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

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

#### ➔ CAPITAL VERSÉ AU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

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

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

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

Le bénéficiaire peut demander à ce que la part du capital qui lui est attribué lui soit versé sous la forme de rentes temporaires trimestrielles. Des frais de gestion sont alors prélevés.

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

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

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

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

L'assureur se réserve à tout moment, la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'assuré puisse percevoir.

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

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

### ➔ La désignation des bénéficiaires

Nous versons le capital garanti au bénéficiaire désigné au certificat d'adhésion.

## ➔ VOTRE COTISATION

### ➔ Montant et paiement de la cotisation

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

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

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

- de la garantie et de l'option souscrites,
- du capital,
- de l'âge de l'assuré à la date d'effet de d'adhésion puis de la reconduction de l'adhésion,
- d'une éventuelle majoration pour tenir compte de risques particuliers éventuellement constatés lors de l'adhésion.

L'âge est calculé par différence millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année en cours et l'année de naissance de l'assuré.

Pour les adhérents du contrat d'assurance groupe n° 02120, le montant de votre cotisation prend également en compte :

- du profil tabagique de l'assuré.

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

La cotisation TTC peut être réglée en paiement annuel, l'échéance de paiement est alors fixée au 1<sup>er</sup> janvier.

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

La cotisation TTC peut être réglée en plusieurs fois :

- paiement semestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet,
- paiement trimestriel, les échéances de paiement sont fixées au 1<sup>er</sup> janvier, 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet et 1<sup>er</sup> octobre,
- paiement mensuel en 10 fois, de janvier à octobre,
- paiement mensuel en 12 fois, de janvier à décembre.

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

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

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

### ■ Quand doit-elle être payée ?

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

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

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

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

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

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

### ➔ Évolution de la cotisation

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

- de votre âge (les assurés sont classés en 9 tranches d'âge : (18-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60-65 ans) auxquelles s'appliquent 9 taux de cotisation),
- de la revalorisation des garanties si l'option revalorisation est souscrite (comme indiqué ci-après),
- de l'accroissement de la fréquence et/ou du coût moyen des sinistres.

À tout moment suite à :

- une modification législative ou réglementaire.

### ■ Votre cotisation est augmentée, que pouvez-vous faire ?

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

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

## ➔ VOTRE COTISATION

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

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

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

### ➔ Règlementation SEPA

Pour toute demande de versement par prélèvement, l'adhérent doit transmettre un Relevé d'Identité Bancaire, ainsi qu'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé par ses soins, en vertu duquel il consent expressément au paiement des cotisations par mode de prélèvement. Dans l'hypothèse d'une modification affectant la date, le montant des prélèvements, la RUM ou l'ICS, une nouvelle information sera communiquée à l'adhérent, par tout moyen, préalablement aux prélèvements concernés.

## ➔ REVALORISATION

### ➔ Revalorisation des garanties

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

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### Fiscalité - spécificité Homme Clé

Ce contrat peut être souscrit dans le cadre d'une fiscalité Homme-clé.

Le capital décès permet de protéger l'entreprise en cas de décès d'un Homme clé dans l'activité de l'entreprise. La souscription dans le cadre d'un Homme clé n'est accessible que pour les structures sociétales. Ce type de contrat n'est pas souscriptible par l'entreprise individuelle.

Dans un contrat Homme Clé, l'entreprise est à la fois : souscripteur, payeur de prime et bénéficiaire en cas de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré.

L'assuré est « l'Homme clé » de l'entreprise (chef d'entreprise ou un collaborateur indispensable au bon fonctionnement d'une société).

Les cotisations versées peuvent être déduites du bénéfice imposable de l'entreprise l'année de leur versement au titre des charges d'exploitation. En cas de décès ou de Perte totale et Irréversible d'autonomie de l'Homme clé pour lequel le contrat a été souscrit, le capital décès versé par MAAF Vie est considéré comme un profit exceptionnel et est de ce fait, imposable au titre de l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun.

Le montant du capital décès doit être fixé par l'entreprise en concertation avec son expert-comptable.

L'entreprise adhérente s'engage à tenir informée MAAF Vie de toute modification (notamment en cas de liquidation ou de départ de l'Homme Clé). MAAF Vie n'intervient pas dans la détermination du montant du capital qui est sous la responsabilité de l'entreprise adhérente.

En cours de contrat, l'adhérent s'engage à informer MAAF Vie, par lettre recommandée, de toutes modifications concernant l'assuré, notamment en cas de :

- radiation de l'assuré des listes du personnel de l'entreprise souscriptrice,
- rupture du contrat de travail de l'assuré s'il est salarié,
- perte de la qualité d'homme clé de l'assuré.

### Capitaux non réclamés

Le montant du capital dû par MAAF Vie au titre du contrat d'assurance sur la vie, qui ne fait pas l'objet d'une demande de versement du capital, est déposée à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par MAAF Vie du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat conformément à l'article L. 132-27-2 du Code des assurances.

Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

### Dispositions relatives à la lutte anti-blanchiment

L'adhérent prend acte des obligations de MAAF Vie en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme résultant notamment des articles L. 561-2 et suivants du Code monétaire et financier.

L'adhérent doit fournir à MAAF Vie toutes les informations et/ou justificatifs demandés par celui-ci dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme notamment l'identité de l'adhérent et du représentant éventuel, la profession de celui ou ceux-ci, la provenance et l'origine des fonds versés, l'objectif et la motivation de l'opération.

En absence d'informations et/ou de justificatifs suffisants, MAAF Vie se réserve le droit de refuser toute opération conformément aux dispositions du Code monétaire et financier.

### Participation aux bénéfices

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

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

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

### Le droit applicable

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

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

### Délai de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à MAAF Vie - 79036 NIORT CEDEX 9, en recopiant la mention suivante : « Je soussigné (Nom, Prénom, Adresse) désire renoncer à l'adhésion au contrat « Assurance Décès » N° 02110 ou 02120 ».

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

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



## INFORMATIONS GÉNÉRALES

### Gestion des réclamations

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

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

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

#### Par courrier

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

#### Par courriel :

service.RECLAMATIONSETQUALITECLIENT@maaf.fr

#### Par téléphone :

05.49.17.53.00 de 13h00 à 18h00 du lundi au vendredi

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

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

#### Par courrier

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

#### Par voie électronique

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

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

### Courrier électronique

L'adhérent est seul garant de son adresse électronique : il lui appartient de la vérifier régulièrement et de la mettre à jour aussitôt en cas de modification.

### Protection des données personnelles

Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978

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

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

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

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

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

MAAF Vie  
Coordination Informatique et Libertés  
Chauray 79036 NIORT Cedex 9

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

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

### Compensation

Toutes obligations réciproques, présentes ou futures, entre les parties au présent contrat s'éteignent par compensation conformément aux articles 1347 et suivants du code civil.

Contrats régis par le Code des assurances.

#### MAAF Vie

Société anonyme au capital de 69 230 896 euros entièrement versé  
RCS Niort 337 804 819 - Code APE 6511 Z - Entreprise régie par le Code des assurances  
N° de TVA intracommunautaire FR 82 337 804 819

**Siège social : Chaban 79180 Chauray - Adresse postale : 79036 Niort cedex 9 - maaf.fr**

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

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

