

Assurance Prévoyance



Document d'information sur le produit d'assurance

MACSF Assurances et MACSF Prévoyance - Entreprises d'assurances immatriculées en France et régies par le Code des assurances - N° SIREN 775 665 631 et N° SIREN 784 702 375

Produit : Plan de prévoyance Liberté P17

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

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

Le produit Prévoyance a pour objet de garantir l'assuré contre les conséquences pécuniaires découlant de maladies ou d'accidents, pouvant l'atteindre tant au cours de sa vie privée que professionnelle, dans le cadre d'une couverture globale de prévoyance assortie de services d'aide à la personne. Tout assuré peut adhérer jusqu'à la veille de son 41^{ème} anniversaire pour le Remplaçant non thésé, veille de son 50^{ème} anniversaire pour l'infirmier(e), veille de son 57^{ème} anniversaire pour les autres professions.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Les garanties suivantes sont délivrées, sous réserve de satisfaire aux conditions d'adhésion, à la suite du remplissage d'un questionnaire et/ou une évaluation médicale.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

La souscription à la garantie ci-dessous est obligatoire :

✓ **Garantie décès** : cette garantie obligatoire peut prendre la forme d'un(e) :

- **Capital décès** : versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Par anticipation, un capital invalidité fonctionnelle totale et définitive peut être versé à l'assuré
- **Rente de conjoint** : en cas de décès ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, une rente payable à trimestre échu est versée au conjoint de l'assuré
- **Rente éducation** : en cas de décès ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, une rente temporaire et trimestrielle est versée entre les enfants de l'assuré et/ou de son conjoint

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Le doublement et triplement du capital décès/invalidité fonctionnelle totale et définitive.
- L'indemnité mensuelle en cas d'arrêt de travail jusqu'au 90^{ème} jour (option A/)
- L'indemnité mensuelle en cas d'arrêt de travail jusqu'au 36^{ème} mois (option B/)
- L'indemnité mensuelle frais professionnels en cas d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour (option C/)
- L'indemnité mensuelle du remplaçant non thésé en cas d'arrêt de travail jusqu'au 18^{ème} mois
- La rente d'invalidité professionnelle
- L'allocation conjoint/enfant malade
- Le capital d'invalidité professionnelle ou capital de reconversion

L'ASSISTANCE OPTIONNELLE

- Service Conseil social
- Garde au chevet du bénéficiaire
- Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire
- Aide à domicile
- Prise en charge des transports
- Portage de repas / Livraison de courses
- Prestation de bien être
- Services d'assistance pour le local et l'activité professionnelle
- Remboursement des frais médicaux d'urgence engagés à l'étranger sur ordonnance médicale
- Transfert de corps lors du décès d'un des bénéficiaires
- Accompagnement psychologique

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les conséquences d'un état pathologique préexistant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie délimités et déterminés comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion par le Comité Médical d'Admission.
 - ✗ La fibromyalgie.
 - ✗ Les syndromes de fatigue chronique et/ou asthénie.
 - ✗ Les conséquences des interventions chirurgicales à visée exclusivement esthétique.
 - ✗ L'interruption d'activité liée à la grossesse, à ses suites et/ou conséquences, pendant la période de droit à interruption d'activité ou de congé maternité prévue par le régime obligatoire.
 - ✗ Les conséquences des actes de terrorisme ou d'attentats ou des actes de sabotage.
 - ✗ Les frais de soins de santé.
- Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation à titre professionnel à des compétitions sportives de niveau national ou international ou à des essais, à des tentatives de records ou à des rallyes sportifs ou à des raids.
- ! La pratique, en montagne en Europe, des expéditions, des courses, de l'alpinisme ou des randonnées à ski dans une zone en-dessous de 4000 mètres si les mesures de sécurité nécessaires à la pratique dans cette zone ne sont pas respectées ou dans une zone au-delà de 4000 mètres d'altitude.
- ! La pratique, en montagne hors Europe, des expéditions, des courses, de l'alpinisme ou des randonnées à ski.
- ! La pratique des sports suivants : ski extrême, cascades gelées, escalade sans sécurité, delta-plane, parapente, saut en parachute à ouverture retardée, ULM, voltige aérienne, vols sur engins ou matériels non munis d'un certificat de navigabilité, ou vols sur engins ou matériels conduits par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valide, plongée en solitaire, spéléologie solitaire ou avec plongée, bateau offshore, canyoning sans guide.
- ! Les pathologies psychologiques et psychiatriques, les états dépressifs, les névroses, les psychoses, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress, de surmenage et les troubles anxieux et apparentés au titre des garanties Indemnité mensuelle de revenu en cas d'invalidité professionnelle, Allocation conjoint/enfant malade, Capital d'invalidité.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Un délai de franchise (14/30/90 jours) pour l'Indemnité mensuelle frais professionnels et l'Indemnité mensuelle de revenu.
- ! Un délai de carence de 3 mois en cas de maladie pour les garanties hors décès, un délai de carence de 12 mois pour les pathologies psychologiques et psychiatriques.
- ! Pour la garantie Allocation conjoint/enfant malade, après un délai d'attente de 6 mois suivant la date d'effet de l'adhésion.
- ! La durée de versement des Indemnités mensuelles et frais professionnels en cas d'arrêt de travail est limitée dans le temps.
- ! La prise en charge des Indemnités mensuelles et frais professionnels en cas de pathologies psychologiques et psychiatriques en cas d'arrêt de travail se fait de façon dégressive et limitée dans le temps.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer
- ✓ A l'étranger (y compris les collectivités d'outre mer), les garanties ne sont acquises qu'à l'occasion de séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie

• A la souscription du contrat

- Répondre de façon exacte, spontanée et complète au bulletin d'adhésion
- Remplir le questionnaire médical de façon exhaustive sans tiret ni omission et satisfaire aux formalités médicales demandées par le médecin conseil
- Satisfaire aux formalités médicales demandées
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

• En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changement de situation familiale
 - Changement de profession
 - Modification des conditions d'exercice de la profession
 - Cessation d'activité professionnelle quelle qu'en soit la cause
 - Changement de domicile
 - Souscription de garanties de même nature auprès d'autres organismes d'assurance
 - Variation du revenu d'activité et des frais professionnels à la hausse comme à la baisse de plus de 20%



Quand et comment effectuer les paiements ?

La date d'échéance est fixée au 1^{er} janvier de chaque année. Les cotisations sont payables d'avance au siège social de l'assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné à cet effet

Le paiement des cotisations s'effectue selon les modalités prévues sur le bulletin d'adhésion, notamment par prélèvement automatique



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet est fixée à la date d'acceptation du dossier par le Comité Médical d'Admission, sous réserve du paiement de la première cotisation. L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture des indemnités mensuelles et la rente d'invalidité prennent fin lors de la liquidation des droits à la retraite du régime de base et au plus tard lorsque l'assuré a atteint l'âge légal d'attribution de la retraite à taux plein.

La couverture des garanties décès prend fin au 70^{ème} anniversaire de l'assuré.

Le capital invalidité fonctionnelle totale et définitive et son doublement/triplement prennent fin au 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

Le capital d'invalidité professionnelle et l'allocation conjoint enfant malade prennent fin le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal de départ à la retraite.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur, soit par acte extrajudiciaire ou lorsque la conclusion de contrat est proposée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication :

- Au 31 décembre de chaque année, avec un préavis d'un mois
- Dans le cas où l'assureur a résilié, après sinistre, un autre contrat que vous avez souscrit. Cette résiliation doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la notification de résiliation du contrat sinistré.