

BIENVENUE

Nous vous remercions d'avoir choisi l'offre de la Macif et vous souhaitons la bienvenue parmi nos assurés.

Souscrire le contrat Prévoyance des indépendants, c'est faire le bon choix pour sécuriser vos revenus en cas d'accident ou de maladie.

Avec Prévoyance des indépendants, vous pouvez bénéficier :

- d'une couverture complète en cas de décès, d'invalidité et/ou d'arrêt de travail,
- de la couverture de vos frais professionnels en cas d'arrêt de travail,
- d'une assistance en cas d'immobilisation temporaire ou de décès,
- de garanties adaptées à votre situation personnelle,
- d'un cadre fiscal privilégié grâce à la loi Madelin.

Chaque jour, nous nous engageons à vos côtés pour simplifier vos démarches et vous accompagner dans les moments difficiles.

Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2018

Le contrat Prévoyance des indépendants est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective (APPIC) au profit de ses membres (professionnels indépendants et leur conjoint collaborateur, ainsi que les dirigeants non salariés relevant de l'article 62 du Code Général des Impôts).

Il est assuré par Macif-Mutualité, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9.

Les garanties d'assistance prévues au contrat sont assurées par IMA Assurances, entreprise soumise au Code des assurances.

Ce contrat est soumis à la loi française et la langue utilisée entre la mutuelle et l'adhérent pendant toute la vie du contrat est le français.

Le contrat peut être modifié par un avenant signé par l'APPIC et Macif-Mutualité. L'adhérent est informé de ces modifications.

Les statuts de l'APPIC sont consultables sur le site Internet www.macif.fr.



Pour une meilleure lecture de votre contrat Prévoyance des indépendants, le "vous" doit être compris comme l'adhérent* et le "nous" comme Macif-Mutualité. Un lexique est à votre disposition en fin de document pour une parfaite compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un astérisque dans le texte.

SOMMAIRE

L'ADHÉSION	2
LES GARANTIES	3 / 6
LES FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE	7 / 8
LA VIE DU CONTRAT	9 / 12
ANNEXE 1 : VOS GARANTIES D'ASSISTANCE	13 / 15
ANNEXE 2 : MODALITÉS DE DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES	16 / 17
ANNEXE 3 : LISTE DES PAYS À RISQUE	18
ANNEXE 4 : LISTE DES PROFESSIONS ET SPORTS À RISQUES	19
LEXIQUE	20

CONDITIONS D'ASSURANCE

Pour être assuré au titre du contrat Prévoyance des Indépendants, vous devez, au moment de l'adhésion :

- être adhérent à l'APPIC ;
- être un professionnel indépendant, c'est-à-dire un travailleur non salarié non agricole (revenus relevant des bénéfices industriels et commerciaux ou du bénéfice non commercial) ou conjoint* collaborateur d'un professionnel indépendant ou dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code Général des Impôts ;
- résider en France métropolitaine ou séjourner à l'étranger pour une durée continue n'excédant pas 12 mois ;
- exercer une activité professionnelle effective et rémunérée pour la garantie Arrêt de travail temporaire (le conjoint* collaborateur est considéré remplir cette obligation).
- être âgé d'au moins 18 ans et de :
 - ▶ moins de 60 ans pour les garanties en cas d'arrêt de travail temporaire* et d'invalidité* ;
 - ▶ moins de 65 ans pour les garanties en cas de décès.

Votre âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et votre année de naissance.

Par exemple, pour une personne née en 1981, l'âge retenu en 2017 est déterminé comme suit : 2017-1981 = 36 ans.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- compléter, signer et dater la demande d'assurance en indiquant notamment la/les garantie(s) souscrite(s).
- fournir une copie de votre pièce d'identité en cours de validité.

En cas de paiement par prélèvement, vous devrez également remplir un mandat de prélèvement SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire.

Les déclarations relatives à votre état civil, votre état de santé et le cas échéant, vos antécédents médicaux, vos activités professionnelles et sportives ainsi que vos conditions de séjours professionnels à l'étranger, servent de base à l'assurance. Elles peuvent justifier des limitations ou des exclusions de garantie, une surcotation voire un refus de garantie.



Vous devez nous informer de toute modification de votre état de santé survenue entre la demande d'assurance et l'acceptation de l'adhésion, justifiée par l'envoi du certificat individuel de garantie. En effet, ces modifications doivent être prises en compte pour l'étude de la demande d'assurance.

Après étude de votre demande d'assurance, nous pouvons :

- accepter les garanties sans réserve ;
- différer notre décision dans l'attente d'examens ou de renseignements complémentaires demandés par notre service médical. Ils sont à lui retourner sous pli confidentiel. Les honoraires liés aux examens médicaux restent à votre charge ;
- accepter votre demande moyennant le paiement d'une surcotation et/ou une limitation de garantie ;
- refuser ou ajourner votre demande d'assurance.

Si vous avez répondu négativement à la question unique de la déclaration de santé, vos déclarations relatives aux activités professionnelles et sportives ne seront pas prises en compte dans la tarification des garanties.

PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Si la demande d'assurance est acceptée sans réserve, le contrat prend effet à la date figurant sur votre demande d'assurance. Celle-ci ne peut en aucun cas être antérieure à la remise de la demande d'assurance à un représentant de la Macif ou à sa date d'envoi, le cachet de la Poste faisant foi.

Si votre demande fait l'objet d'une étude par notre service médical, le contrat prendra effet au plus tôt à la date d'acceptation de ce service.

Dans tous les cas, la date d'effet du contrat est indiquée dans le certificat individuel de garantie.



Garantie immédiate accident : si votre demande d'assurance nécessite une étude par notre service médical, vous bénéficiez de la prise d'effet immédiate de vos garanties en cas de décès accidentel, pendant une **durée maximale de 60 jours** à compter de la réception de la demande d'assurance signée ou de sa remise à votre conseiller.

Cette garantie est uniquement accordée lors de la première demande et est limitée au montant souscrit, avec un maximum de 76 000 € (total des capitaux constitutifs des garanties en cas de décès).

LES GARANTIES

Toutes les garanties sont accordées quelle que soit la cause du sinistre : maladie ou accident.

LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Garantie Capital forfaitaire : en cas de décès, versement d'un capital forfaitaire au(x) bénéficiaire(s)* désigné(s).

► **L'avance** : il est possible de prévoir le versement d'une avance de 8 000 € à un bénéficiaire* désigné.

Garantie Rente conjoint : versement d'une rente mensuelle au bénéficiaire désigné à compter de votre décès. Le bénéficiaire* peut être votre conjoint* ou toute autre personne qui vous est proche.

La rente est payable à terme échu et est versée jusqu'au 31 décembre suivant le 65^e anniversaire du bénéficiaire* ou jusqu'à son décès si celui-ci survient avant.

Garantie Rente éducation : versement d'une rente mensuelle à chaque enfant bénéficiaire* désigné ou à son représentant légal si l'enfant est mineur ou incapable, à compter de votre décès.

La rente est payable à terme échu et est versée jusqu'au 31 décembre suivant le 25^e anniversaire du bénéficiaire* ou jusqu'à son décès si celui-ci survient avant.

Vous êtes couvert en cas de décès jusqu'à l'échéance principale* de l'année civile suivant votre 75^e anniversaire.

LA GARANTIE INVALIDITÉ



La garantie est accordée aux assurés* n'ayant pas fait valoir leurs droits à la retraite au jour du sinistre.

Cette garantie vous couvre à partir d'un taux d'incapacité de 33 % et si la date de stabilisation* se situe pendant la durée de l'assurance.

Vous êtes couvert jusqu'à l'échéance principale* de l'année suivant le premier de ces deux événements :

- la date où vous atteignez l'âge légal d'ouverture du droit à une pension de retraite,
- votre 62^e anniversaire.

Détermination du taux d'incapacité

L'invalidité* est appréciée selon un taux d'incapacité fixé par le médecin-expert en référence au dernier barème publié dans la revue "Le Concours médical".

En cas d'invalidité* antérieure, le taux est déterminé par différence entre l'invalidité* postérieure et l'invalidité* antérieure à la maladie* ou l'accident* garanti.



Le taux d'incapacité est fixé **en dehors de toute considération du régime obligatoire d'Assurance maladie** auquel vous êtes affilié.

Montant de la rente

Le montant de la rente qui vous est versé dépend du taux d'incapacité fixé par le médecin-expert :

Taux d'incapacité	Inférieur à 33 %	De 33 % à 65 %	Supérieur ou égal à 66 %
Rente	Aucune rente	Montant Rente x taux d'incapacité	100 % de la rente garantie

Exemple : si vous avez souscrit une rente mensuelle de 500 € vous percevrez :

- 200 €/ mois pour un taux d'incapacité de 40 %
- 500 €/ mois pour un taux d'incapacité de 70 %

La rente invalidité est payable mensuellement à terme échu.

Le versement de la rente à taux plein entraîne la résiliation des garanties Invalidité et Arrêt de travail : la rente Invalidité continue d'être versée jusqu'à la survenance d'une des causes de cessation de garantie, mais plus aucune cotisation n'est due au titre de ces garanties.



Versement sous forme de capital : nous pouvons vous proposer, après stabilisation* et avant tout versement de prestation, le versement du capital constitutif de la rente.

Si vous acceptez le versement de ce capital, cela met fin à la garantie et aucune aggravation ultérieure ne peut être prise en compte.

Invalidité professionnelle : votre taux d'incapacité se situe entre 33 % et 65 % mais vous êtes dans l'inaptitude médicalement constatée lors de l'expertise médicale d'exercer votre profession : **votre rente est majorée de 50 %.**

L'invalidité professionnelle est déterminée, à la date de stabilisation, sur la base de **la dernière profession exercée** dans les 12 mois précédant l'arrêt de travail.

Durée de la prestation

La rente Invalidité est versée jusqu'au premier de ces événements :

- l'échéance principale* suivant votre 62^e anniversaire,
- l'échéance principale* suivant la date où vous atteignez l'âge légal d'ouverture du droit à une pension de retraite,
- la liquidation de vos droits à la retraite,
- votre décès.

LA GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL TEMPORAIRE



La garantie est accordée aux assurés* exerçant une activité professionnelle effective et rémunérée **au jour du sinistre. Elle ne peut pas être souscrite indépendamment de la garantie Invalidité.**

Cette garantie couvre l'arrêt de travail temporaire* survenu avant l'échéance principale* de l'année civile suivant le premier de ces deux événements :

- la date où vous atteignez l'âge légal de départ en retraite à taux plein,
- votre 67^e anniversaire.

Montant de la garantie

Le montant de l'indemnité journalière est fixé lors de l'adhésion. Celui-ci est **plafonné à 1/30^e de la rente mensuelle Invalidité et limité à votre revenu net avant l'arrêt de travail (hors prise en compte de l'option "frais professionnels")**.

Durée de la prestation

Les indemnités journalières vous sont versées mensuellement à terme échu **après application de la franchise***. La durée de la franchise* est fixée lors de l'adhésion : 15, 30, 60 ou 90 jours.



La franchise* s'applique à chaque nouvel arrêt de travail temporaire*. Néanmoins, en cas de rechute dans les 3 mois qui suivent la fin du précédent arrêt de travail pour la même cause, la franchise* n'est pas appliquée.

Les indemnités journalières vous sont ensuite versées jusqu'au premier de ces événements :

- vous êtes apte à reprendre, même partiellement, votre activité professionnelle ;
- votre arrêt de travail temporaire* atteint une durée de 3 ans ;
- la date de stabilisation* fixée par le médecin-expert,
- vous cessez votre activité professionnelle ;
- la liquidation de vos droits à la retraite ;
- l'échéance principale* suivant votre 67^e anniversaire,
- l'échéance principale* suivant la date où vous atteignez l'âge légal de départ en retraite à taux plein ;
- votre décès.



Si vous percevez une rente Invalidité tout en continuant à travailler, vous pouvez percevoir des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail temporaire*. Néanmoins, **le total des prestations versées sur un mois ne peut excéder le montant maximal de la rente Invalidité souscrite.**

L'OPTION FRAIS PROFESSIONNELS

En complément de la garantie Arrêt de travail temporaire, vous pouvez souscrire une option "frais professionnels". Le montant des indemnités journalières est alors doublé **pendant une période maximale de 12 mois. Cette option ne peut être souscrite par le conjoint* collaborateur.**

Il est mis fin au versement du doublement des indemnités journalières si vous êtes placé en redressement ou en liquidation judiciaire.

L'OPTION RACHAT DE FRANCHISE EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous avez choisi la franchise* 15 ou 30 jours, vous pouvez souscrire une option "rachat de franchise" en complément.

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 3 jours continus survenant pendant la période de franchise*, les indemnités journalières sont alors versées à compter du 4^e jour d'arrêt de travail temporaire* **sous réserve que l'arrêt de travail temporaire* soit d'une durée au moins égale à la franchise* souscrite.**

LA GARANTIE EXONÉRATION DE COTISATIONS

En complément des garanties Invalidité et Arrêt de travail temporaire, vous pouvez souscrire une garantie Exonération de cotisations. Si l'une de ces deux garanties est mise en jeu, les cotisations à venir sur l'ensemble des garanties (y compris les garanties décès) sont remboursées à compter du 91^e jour du sinistre.

Cette garantie cesse dans les mêmes conditions que les garanties Arrêt de travail temporaire et Invalidité.

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont accordées dans les conditions mentionnées ci-dessous sauf exclusion spécifique indiquée dans le certificat individuel de garantie :

Les garanties en cas de décès sont accordées en France (départements et régions d'Outre-mer compris) et lors de vos déplacements dans le monde entier.

Les garanties en cas d'invalidité* et d'arrêt de travail temporaire* sont accordées en France (départements et régions d'Outre-mer compris) et lors de vos déplacements dans tous les autres pays de l'Union Européenne ainsi qu'en Suisse, Liechtenstein, Saint-Marin, Saint-Siège, Monaco et Andorre.

Elles sont étendues à vos déplacements dans tous les autres pays sous réserve qu'il y ait eu hospitalisation. S'il n'y a pas eu d'hospitalisation, l'indemnisation ne débutera qu'après la première constatation médicale en France métropolitaine et application de la franchise*.

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

EXCLUSIONS DE GARANTIE

Les garanties sont accordées sous réserve des limitations et restrictions de garanties suivantes :

Délai d'attente* :

Un délai d'attente* de 90 jours s'applique en cas d'invalidité* ou d'arrêt de travail temporaire* consécutif à une maladie*.

Ce délai s'applique lors de l'adhésion et en cas d'augmentation des garanties ou de diminution de la franchise* (pour le différentiel de garantie).

Exclusions communes à toutes les garanties (excepté pour les garanties d'assistance) :

- **Les maladies*, séquelles d'accident* séjours à l'étranger ou activités professionnelles et sportives ayant fait l'objet d'une exclusion spécifique au certificat individuel de garantie.**

- **Les maladies* ou accidents* résultant de :**

- ▶ la guerre civile ou étrangère ou de conflits à caractère militaire ;
- ▶ terrorisme, attentats, sabotages, émeutes, troubles civils ou mouvements populaires ;
- ▶ la pratique des sports aériens ;
- ▶ la participation à des acrobaties, à des tentatives de records ou à des sports, lorsqu'elle nécessite l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur.

- **Les conséquences :**

- ▶ directes et indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur ou de l'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ;
- ▶ du meurtre de l'assuré* par un bénéficiaire* pour la part qui lui revient.

- **Les suicides dans les 12 mois qui suivent la prise d'effet du contrat. Cette exclusion s'applique également en cas d'augmentation des garanties (pour le différentiel de garantie).**



La pratique de sports aériens peut être couverte par le contrat moyennant une surprime si elle a été déclarée lors de l'adhésion et acceptée par notre service médical. Une mention en ce sens figure alors dans le certificat individuel de garantie.

Exclusions communes aux garanties Invalidité et Arrêt de travail temporaire :

- Les conséquences des accidents* :
 - ▶ survenus alors que l'assuré* conduit un véhicule terrestre à moteur sous l'empire d'un état alcoolique dont le seuil est fixé par l'article R.234-1 du Code de la route ;
 - ▶ liés à l'utilisation de substances classées par le Code de la santé publique comme stupéfiants ou psychotropes en dehors d'une prescription médicale ou d'une absorption accidentelle.
 - ▶ résultant de la participation active de l'assuré* à des paris, défis, duels, rixes sauf en cas de légitime défense ;
 - ▶ résultant de la participation de l'assuré* à un délit intentionnel ou à un crime.
- Les états névrotiques même graves (et en particulier les manifestations dépressives ou anxieuses), le burn-out, la fibromyalgie, ainsi que leurs manifestations somatiques qui n'ont pas donné lieu à une hospitalisation de plus de 30 jours continus.
- Les conséquences des tentatives de suicide ou d'automutilations.

Tout assuré* ayant intentionnellement provoqué le sinistre sera déchu de tout droit à prestation.

Exclusions spécifiques à la garantie Arrêt de travail temporaire :

- Sont exclues les affections disco-vertébrales y compris lorsqu'elles sont d'origine accidentelle sauf si elles :
- ▶ s'accompagnent d'une fracture vertébrale,
 - ▶ ou sont d'origine maligne ou infectieuse,
 - ▶ ou nécessitent une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité concernée.

LES FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

Pour percevoir le plus rapidement possible les prestations garanties en cas de sinistre, nous recommandons de respecter les formalités ci-dessous. En cas de non respect des délais mentionnés, nous serons en droit de vous réclamer une indemnité proportionnelle au dommage que ce retard aura causé.

POUR LES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Pour le versement de l'avance

Pour percevoir l'avance de 8 000 € prévue en cas de décès, le bénéficiaire* désigné doit nous appeler au :

 **N°Cristal 09 69 39 49 79**
APPEL NON SURTAXE

Si les conditions de garantie sont remplies, sa pièce d'identité en cours de validité sera exigée avant le paiement de cette avance.



Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, d'autres justificatifs seront demandés notamment si le décès a lieu dans l'un des pays à risques figurant en annexe 3.

Pour le règlement du capital forfaitaire ou des rentes conjoint et éducation

Pour percevoir le capital forfaitaire ou les rentes conjoint et éducation, les bénéficiaires* doivent nous adresser les documents suivants :

- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat médical précisant la cause à l'origine du décès, comme la maladie* et sa date de première constatation ou la date et la nature de l'accident* ayant entraîné le décès ;
- une copie de la dévolution successorale établie par le notaire ou, à défaut, une photocopie du livret de famille pour chacun des bénéficiaires* ;
- une copie de la pièce d'identité en cours de validité pour chacun des bénéficiaires*.

Nous effectuerons le règlement des prestations dans un délai d'un mois après réception de l'ensemble des documents demandés.

POUR LA GARANTIE INVALIDITÉ

Toute invalidité* doit nous être déclarée dans les 45 jours qui suivent la connaissance de cette invalidité*.

Si votre taux d'incapacité est supérieur ou égal à 33 %, la rente invalidité* vous est versée à **compter de la date de stabilisation*** déterminée par le médecin-expert.

Ce médecin-expert est mandaté selon la procédure décrite à l'article "Enquête et expertise médicale".

POUR LA GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL TEMPORAIRE

Tout arrêt de travail temporaire* doit nous être déclaré dans les **10 jours** suivant l'expiration de la franchise* avec un certificat médical précisant la cause et la durée prévue de l'arrêt de travail temporaire*.

Toute prolongation doit nous être déclarée dans un délai de **10 jours** avec envoi d'un nouveau certificat médical justifiant la prolongation.

Vous devrez également répondre aux demandes de justificatifs ou d'expertise que nous vous adresserons, notamment une attestation médicale faisant état de vos antécédents médicaux.

Les indemnités journalières vous seront versées mensuellement à terme échu après expiration de la franchise*.

LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

En cas de décès, les prestations sont versées au(x) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s)*. À défaut de désignation expresse, les sommes dues seront versées :

- à votre conjoint* ou la personne assimilée à votre conjoint* c'est-à-dire celle vivant en couple avec vous au jour du décès, sous le même toit, de façon constante, sans être séparée de corps ou de fait ;
- à défaut, vos enfants légitimes, naturels ou adoptifs, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, vos héritiers.

Pour connaître toutes les modalités de désignation des bénéficiaires*, vous pouvez vous reporter à l'annexe 2 "Désignation des bénéficiaires*".

En cas de d'invalidité* ou d'arrêt de travail temporaire*, vous êtes le bénéficiaire* des prestations.



Nous nous réservons le droit de réclamer tout autre document nécessaire au règlement de la prestation et notamment une expertise médicale sur pièces, un procès-verbal de gendarmerie, un compte-rendu d'hospitalisation*, une attestation médicale faisant état des antécédents médicaux...

**Les documents demandés en cas de sinistre doivent nous être envoyés à l'adresse suivante :
Macif-Mutualité - CS 69109 - 79061 Niort cedex 9.**

ENQUÊTE ET EXPERTISE MÉDICALE

Nous pouvons faire procéder, à tout moment, par un médecin-expert que nous désignons, à une expertise médicale relative à la demande ou au maintien des prestations. De même, nous pouvons diligenter une enquête sur les sinistres en cours (décès, invalidité* ou arrêt de travail*).

La mission confiée au médecin-expert est de :

- décrire votre état de santé actuel et passé ;
- préciser les causes médicales du décès, de la PTIA*, de l'invalidité* ou de l'arrêt de travail temporaire* ;
- apprécier le taux d'incapacité ou l'invalidité professionnelle ;
- vérifier que vos déclarations de santé au jour de l'adhésion étaient bien en cohérence avec votre état de santé à cette date ;
- vérifier que vous remplissez bien, médicalement, les conditions prévues contractuellement pour le bénéfice de la prestation, sollicitée ou versée ;
- fixer la date de stabilisation*.



Sauf cas de force majeure, si vous ne vous présentez pas pour l'expertise à la date convenue, vous devrez régler les frais facturés par l'expert.

En cas de désaccord de votre part ou de celle du bénéficiaire*, motivé par une attestation médicale, sur les conclusions de cette mission, une expertise d'arbitrage immédiate est organisée.

Le médecin arbitre sera choisi par l'assuré ou son représentant, sur une liste de 3 noms proposées par la mutuelle. À défaut d'entente pour la désignation du médecin arbitre, celui-ci sera choisi, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile déclaré de l'assuré*, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Lors de l'expertise arbitrale, chacune des parties pourra se faire représenter par le médecin de son choix, dont les frais d'honoraires resteront à sa charge. Les frais de l'expertise arbitrale seront supportés par moitié entre l'assuré* et la mutuelle.

Les prestations ne sont pas dues si vous refusez de vous soumettre à l'expertise ou si l'expertise révèle que les conditions prévues par les garanties ne sont pas réunies. Néanmoins cette procédure ne vous interdit pas de faire valoir vos droits devant les juridictions compétentes.

CONSÉQUENCES EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Fausse déclaration à la souscription

Pour être assuré au titre du contrat Prévoyance des indépendants, vous avez rempli une déclaration de santé et, si nécessaire un questionnaire médical. **Ces deux documents sont très importants et doivent être complétés avec exactitude.**

En effet, **en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle**, nous pouvons soulever la nullité du contrat dans les conditions prévues à l'article L.221-14 du Code de la mutualité. **Celui-ci sera considéré comme n'ayant jamais existé** : vous ne percevrez aucune prestation en cas de sinistre et nous conserverons les cotisations que vous avez déjà payées à titre de dédommagement.

En cas d'oubli ou de déclaration inexacte non intentionnelle, deux situations peuvent se présenter (article L.221-15 du Code de la mutualité) :

- **aucun sinistre n'a encore eu lieu** : si cela est possible, nous vous proposons de nouvelles conditions d'assurance que vous êtes libre d'accepter ou de refuser. En cas de refus, le contrat est résilié.

- **si un sinistre a déjà eu lieu** : votre indemnisation sera réduite. La prestation versée sera proportionnelle à la cotisation effectivement payée, par rapport à la cotisation due si vos déclarations avaient été complètes et exactes. Nous vous proposerons ensuite de nouvelles conditions d'assurance que vous serez libre d'accepter ou de refuser. En cas de refus, le contrat sera résilié.

Fausse déclaration en cas de sinistre

Toute réticence à un contrôle, à une expertise médicale ou toute déclaration intentionnellement fausse lors du sinistre de votre part ou de celle de vos ayants droit, de même que **la production de documents inexacts ou mensongers** quant à votre état civil, la date, les circonstances, les origines du décès, de l'invalidité* ou de l'arrêt de travail temporaire* **font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernée(s) et peuvent entraîner votre exclusion et la fin du contrat, au jour de la première fausse déclaration.**

Nous sommes alors en droit de réclamer le remboursement des prestations versées à tort.

LA VIE DU CONTRAT

DURÉE DU CONTRAT

La première période d'assurance se termine à la date indiquée au certificat individuel de garantie. Le contrat est ensuite reconduit de plein droit chaque année le 1^{er} avril, à la date d'échéance annuelle*, pour une durée d'un an, sous réserve des dispositions figurant à l'article "Résiliation du contrat".

RENONCIATION

La réception du certificat individuel de garantie vous informant de la prise d'effet du contrat marque le point de départ du délai de renonciation. Dans les 30 jours calendaires révolus suivants, vous pouvez renoncer au contrat Prévoyance des indépendants en nous adressant une lettre recommandée avec accusé de réception, établie selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e) (nom, prénom, n° de sociétaire, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat Prévoyance des indépendants souscrit en date du ... Date et signature"*

Cette lettre doit nous être adressée à l'adresse suivante :
Macif-Mutualité

CS 69109
79061 NIORT cedex 9.

Les cotisations payées vous seront intégralement remboursées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.

MODIFICATION DU CONTRAT

Modification des garanties

La modification des garanties peut être demandée à tout moment. S'il s'agit d'une augmentation ou d'un complément de garanties ou d'une diminution de franchise*, de nouvelles formalités médicales sont exigées avant l'acceptation de la demande. Nous appliquerons également un nouveau délai d'attente* pour la différence de garantie.

Modification de la clause bénéficiaire*

La clause bénéficiaire* peut être modifiée à tout moment. Il suffit d'adresser la nouvelle clause bénéficiaire* par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

Macif-Mutualité
CS 69109
79061 NIORT cedex 9

La clause bénéficiaire* peut également être modifiée par acte authentique (par exemple un testament). Il est alors important de nous en informer afin de faciliter le règlement de la prestation au jour de votre décès.



Si le bénéficiaire* a accepté le bénéfice du contrat, il ne sera pas possible de modifier la clause bénéficiaire* sans l'accord exprès de celui-ci, excepté dans certains cas prévus par la loi (par exemple : ingratitude manifeste du bénéficiaire*).

Changement d'activité professionnelle ou sportive

Si vous changez de profession ou d'activité sportive, vous devez nous en informer. S'il s'agit d'une profession ou d'un sport à risques listée à l'annexe 4 ou répondant à la définition donnée dans cette annexe, cela peut entraîner une augmentation de la cotisation ou une exclusion du sport à risques pratiqué. Si vous ne donnez pas votre accord pour cette modification, le contrat sera résilié.

À l'inverse, si vous n'exercez plus l'une des professions ou activités sportives à risques listées à l'annexe 4, cela entraînera une baisse de votre cotisation et vous recevrez un nouvel avis d'échéance.

REVALORISATION DES GARANTIES

Pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie, les garanties sont revalorisées, durant toute la vie du contrat, à l'échéance principale* en fonction d'un taux fixé par Macif-Mutualité.

À compter de votre décès, les garanties décès sont revalorisées jusqu'à la réception des pièces nécessaires au versement des prestations et au plus tard jusqu'au dépôt des sommes garanties à la Caisse de dépôts et consignations en application de l'article L.223-25-4 du Code de la mutualité. Le taux de revalorisation, fixé par Macif-Mutualité, ne peut être inférieur au taux prévu à l'article R.223-9 du Code de la mutualité.

RÉSILIATION DU CONTRAT

Pour résilier le contrat Prévoyance des indépendants, il suffit d'en faire la demande par courrier daté et signé à l'adresse suivante :

Macif-Mutualité
CS 69109
79061 NIORT cedex 9.

Cette résiliation est possible **à tout moment** et prend effet à la date de réception du courrier de résiliation.

En cas de modification des garanties par Macif-Mutualité, le contrat peut être résilié dans les mêmes conditions.

De notre côté, nous pouvons résilier votre contrat :

- en cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, conformément aux dispositions de l'article "Cotisation" ;
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle si vous refusez les nouvelles conditions d'assurance qui vous sont proposées (article L.221-15 du Code de la mutualité) ;
- en cas de fausse déclaration au moment du sinistre ;
- en cas de changement de profession si vous refusez la nouvelle tarification de vos garanties ;
- à l'échéance, pendant les deux premières années de l'adhésion si les garanties Invalidité et/ou Arrêt de travail temporaire ont été souscrites.

Dans tous les cas, les garanties cessent de plein droit :

- en cas de séjour à l'étranger d'une durée continue excédant 12 mois ;
- à la date limite de chaque garantie ;
- en cas de décès ;
- en cas de perte de la qualité de professionnel indépendant ou de conjoint collaborateur.

COTISATION

Comment est calculée la cotisation ?

Le montant de la cotisation est calculé en fonction des garanties souscrites, de votre classe d'âge et des déclarations que vous avez faites au moment de votre adhésion. L'âge retenu pour ce calcul est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance en cours et l'année de votre naissance.

À chaque échéance principale*, vous cotisez au taux de la classe correspondant à votre âge. Pour la première période d'assurance, la cotisation est calculée proportionnellement au temps qui reste à s'écouler jusqu'à la veille de l'échéance principale*.

Comment payer la cotisation ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour le paiement annuel) ou par prélèvement bancaire.

Il est possible de demander le fractionnement du paiement de la cotisation (semestriel, trimestriel ou mensuel).

Des frais de fractionnement sont alors appliqués.

Les cotisations sont encaissées par la Macif pour le compte de Macif-Mutualité.

Comment évolue la cotisation ?

La cotisation évolue chaque année en fonction de votre âge et du taux de revalorisation fixé par Macif-Mutualité.

En effet, pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie, toutes les garanties, à l'exception de l'avance dont le montant reste fixe, sont revalorisées à l'échéance principale* en fonction d'un taux fixé par Macif-Mutualité.

Ce taux entraîne une revalorisation, dans la même proportion, de la cotisation, indépendamment des variations dues à votre changement d'âge. Il est possible d'abandonner à tout moment mais définitivement ce système de revalorisation automatique.

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

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, nous adressons, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure précisant que les garanties du contrat seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

RÉCLAMATIONS

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre meilleur interlocuteur. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation à notre Service Qualité par écrit, à l'adresse suivante :

Macif-Mutualité

Service Qualité

CS 69109

79061 Niort cedex 9

Si la solution proposée ne correspond pas à vos attentes, nous vous orientons vers notre commission de recours interne. Adressez votre réclamation écrite à l'attention de la "Commission de recours", aux mêmes coordonnées que ci-dessus.

Nous nous attacherons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et au plus tard dans les délais réglementaires.

MÉDIATION EXTERNE

Après épuisement des procédures internes de réclamation décrites à l'article précédent, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :

- **par écrit à l'adresse suivante :**

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09

- **via son site Internet :**

www.mediation-assurance.org

Le médiateur se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite dans un délai de **2 ans** à partir de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à **5 ans** lorsque l'action a pour origine un arrêt de travail.

Lorsque l'action a pour origine votre décès et est exercée par le bénéficiaire*, le délai de prescription est de **10 ans** à compter de votre décès. Toutefois, si le bénéficiaire n'avait pas connaissance de votre décès, ce délai ne courra qu'à compter du jour où il en aura connaissance s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là. L'action du bénéficiaire* est dans tous les cas prescrite dans un délai de **30 ans** à compter de la date de votre décès.

En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru de votre part, le délai de prescription ne court que du jour où nous en avons eu connaissance.

La prescription peut être interrompue :

- par une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée) ;
- par la désignation d'un expert ;
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent* et ayant pour objet le paiement de la cotisation ;
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'adhérent*, le bénéficiaire* ou leur ayant droit à la mutuelle et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

À l'exception des données de santé, les données recueillies dans le cadre de ce contrat feront l'objet d'un traitement automatisé par Macif-Mutualité, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et de gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés du Groupe Macif et à ses partenaires aux mêmes fins, y compris en dehors de l'Union Européenne.

Elles font également l'objet de traitements de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance par Macif-Mutualité et les entités du groupe Macif. Elles pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la réglementation. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

De même, l'ensemble des données personnelles recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA Assurances afin de lui permettre de mettre en œuvre les prestations auxquelles vous pouvez prétendre.

Ces données, à l'exception des données de santé, nous sont transmises ainsi qu'aux prestataires d'IMA Assurances sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de la Direction générale de la mutuelle à l'adresse suivante :

Macif-Mutualité
CS 69109
79061 NIORT cedex 9.

Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

PRÉCISIONS CONCERNANT LA LOI MADELIN DU 11/02/1994

Les garanties Rente conjoint*, Rente éducation, Invalidité* et Arrêt de travail temporaire* du contrat Prévoyance des indépendants entrent dans le champ d'application de la loi Madelin du 11.02.1994, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Si vous êtes :

- professionnel indépendant non salarié non agricole (revenus relevant des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou Bénéfices Non Commerciaux) ;
- conjoint* collaborateur d'un professionnel indépendant ;
- ou dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts ;

cette loi vous permet de déduire de votre bénéfice imposable les cotisations que vous avez versées au titre de ces garanties, dans la limite des plafonds en vigueur. En contrepartie, les rentes et indemnités journalières servies sont imposables et la prestation en cas d'invalidité* est exclusivement versée sous forme de rente.

Nous vous adressons une attestation de cotisations à conserver à l'appui de votre comptabilité.

Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut, que vous êtes à jour de vos cotisations aux régimes légaux de Sécurité sociale et que dure votre assurance. Pour en bénéficier, vous devez adhérer à l'Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective (APPIC).



La garantie Capital forfaitaire n'entre pas dans le champ d'application de cette loi. Les cotisations dues au titre de cette garantie ne sont donc pas déductibles de votre bénéfice imposable.

ANNEXE 1 : VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Quelles que soient les garanties souscrites, vous bénéficiez des garanties d'assistance suivantes :

ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION TEMPORAIRE*

- Hospitalisation* non programmée d'une durée supérieure à 2 jours
- OU immobilisation au domicile privé* non programmée d'une durée supérieure à 5 jours

● Présence d'un proche au chevet

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine et de 2 nuits d'hébergement dans la limite de 50 € par nuit.

● Intervention d'une aide à domicile

Dès le premier jour ou au retour au domicile privé*, mise à disposition d'une aide à domicile ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Minimum de 2 heures par intervention dans la limite de 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

● Transfert et garde des chats et/ou chiens

Organisation et prise en charge du transport et/ou hébergement des chats et/ou chiens vivant à votre domicile privé* sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

- Hospitalisation* non programmée (sans condition de durée) OU
- Immobilisation au domicile privé* non programmée d'une durée supérieure à 5 jours

● Prise en charge de vos enfants ou petits-enfants (vivants au domicile privé* et âgés de moins de 16 ans)

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine,
- OU déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

- OU, lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite A/R à l'école par un prestataire 1 fois par jour dans la limite de 5 jours répartis sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement A/R des enfants ou petits-enfants à l'école.

● Prise en charge de vos ascendants vivants à votre domicile privé*

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche OU du transfert chez un proche en France métropolitaine.

Si cette solution ne convient pas, organisation et prise en charge de la garde à domicile* dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

- Hors urgence médicale et en cas d'absence ou d'indisponibilité de votre médecin traitant

● Conseils médicaux (24h/24)

Ces conseils ne pourront pas être considérés comme des consultations médicales.

● Aide à la recherche d'un médecin ou d'une infirmière

● Aide pour la recherche d'intervenants paramédicaux

● Organisation du transport en ambulance ou en véhicule sanitaire léger (VSL)

Sur prescription médicale. Trajet entre votre domicile privé* et l'établissement de soins de votre choix. Les frais de transport demeurent à votre charge.

● Livraison de médicaments

Le prix des médicaments demeure à votre charge.

ASSISTANCE OBSÈQUES

Vos proches et vous-même avez accès, **à tout moment**, à un service d'informations téléphonique.

En cas de décès, vos proches bénéficient également des garanties suivantes :

● Intervention d'une aide à domicile

Mise à disposition d'une aide à domicile.

Minimum de 2 heures par intervention dans la limite de 30 heures, réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.

● Prise en charge de vos enfants ou petits-enfants (vivants au domicile privé* et âgés de moins de 16 ans)

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- ▶ déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine,
- ▶ **OU** déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine.

En cas d'absence d'accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

- ▶ **OU**, lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite A/R à l'école par un prestataire 1 fois par jour **dans la limite de 5 jours répartis sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.**

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois à compter de la mise en œuvre de la prestation.** Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement A/R des enfants ou petits-enfants à l'école.

● Rapatriement - déplacement

Pour un décès survenu lors d'un déplacement à plus de 50 km de votre domicile privé* :

- ▶ rapatriement du corps au lieu d'inhumation, de crémation ou d'exposition choisi en France métropolitaine,
- ▶ déplacement A/R d'un membre de la famille sur le lieu du décès en cas de nécessité,
- ▶ retour de vos accompagnateurs s'ils ne peuvent pas revenir par les moyens initialement prévus.

● Aide à l'organisation des obsèques

MISE EN ŒUVRE DE VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA Assurances. Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. SIREN : 481 511 632 RCS Niort. Siège social : 118 avenue de Paris - 79000 Niort.



Les garanties d'assistance **sont accordées en France (hors Départements et régions d'Outre mer) y compris Andorre et Principauté de Monaco.**

Seule la garantie "Rapatriement - déplacement" est accordée lors de vos déplacements dans le **monde entier d'une durée maximale continue inférieure à 3 mois.**

Vous pouvez contacter les services d'IMA Assurances 24h/24 au n° suivant :

N°Cristal 09 69 39 11 10
APPEL NON SURTAXE

Sauf cas de force majeure, vous disposez d'un délai de 30 jours à compter de l'événement générateur pour contacter IMA Assurances et demander la mise en place des garanties.

Vous exprimez à IMA Assurances la nature des prestations d'assistance qui vous sont nécessaires. Le nombre d'heures de prestations d'assistance octroyé est ensuite apprécié par IMA Assurances en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés aux proches, et ce sur la base d'éléments objectifs : taille du logement, composition du foyer familial, existence d'aides familiales ou extra-familiales, présence de personnes dépendantes au sein du foyer, degré d'autonomie déterminé en fonction de la capacité de réalisation des actes essentiels de la vie courante.

IMA Assurances se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation*, certificat de décès...).

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA Assurances ou en accord préalable avec elle. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

IMA Assurances ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire des garanties aurait engagées de sa propre initiative.

Les transports de personnes prévus dans les garanties d'assistance s'effectuent en taxi, train 1^e classe ou avion classe économique.

IMA Assurances ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou des événements suivants : pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

En cas de fausse déclaration, les faits seront portés à notre connaissance.

RÉCLAMATIONS :

En cas de désaccord sur la mise en œuvre des garanties d'assistance, vous pouvez contacter le Service Consommateur d'IMA Assurances par courrier au 118 avenue de Paris - 79000 NIORT - ou par courrier électronique depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si après examen de la réclamation, le désaccord persiste vous devez saisir notre service Qualité à l'adresse suivante :

Macif-Mutualité - Service Qualité

CS 69109

79061 Niort cedex 9

MÉDIATION :

Après épuisement des procédures internes de réclamation décrites ci-dessus, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :

- **par écrit à l'adresse suivante :**

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09

- **via son site Internet :**

www.mediation-assurance.org

Le médiateur se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

ANNEXE 2 : MODALITÉS DE DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES

La clause bénéficiaire* vous permet de désigner la ou les personnes qui seront bénéficiaires* du capital forfaitaire en cas de décès ainsi que de l'avance, le cas échéant.

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES* DU CAPITAL FORFAITAIRE

Pour désigner les bénéficiaires*, vous pouvez utiliser l'une des deux clauses types proposées par le contrat :

● La clause familiale

Le capital décès garanti en cas de décès sera versé :

- ▶ au conjoint* de l'assuré*, ou la personne assimilée à son conjoint*, c'est-à-dire celle vivant en couple avec l'assuré* au jour du décès, sous le même toit, de façon constante, sans être séparée de corps ou de fait ;
- ▶ à défaut aux enfants de l'assuré*, naturels ou adoptifs, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- ▶ à défaut aux héritiers de l'assuré*.

Cette clause est celle qui s'appliquera à défaut de désignation expresse.

● La clause de désignation des enfants

Le capital décès garanti en cas de décès sera versé aux enfants de l'assuré*, naturels ou adoptifs, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'assuré*.



L'avantage des clauses types :

La rédaction des clauses types proposées par le contrat permet de prendre automatiquement en compte les évolutions de la situation familiale.

Ainsi, en cas de naissance, un nouveau-né est automatiquement considéré comme bénéficiaire* sans qu'il soit nécessaire de nous en informer. De même, en cas de divorce, l'ex-conjoint* perd automatiquement la qualité de bénéficiaire*.

Si aucune de ces clauses ne vous convient, vous pouvez désigner librement le(s) bénéficiaire(s)* sur papier libre ou par un acte authentique (par exemple un testament). Il est alors important de nous en informer.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE* DE L'AVANCE

L'avance sur le capital forfaitaire garanti en cas de décès est versée à un unique bénéficiaire* désigné nominativement.

La rapidité du versement de l'avance dépend notamment de la fiabilité des coordonnées du bénéficiaire*. Il est donc important de nous fournir les éléments suivants :

- son nom de naissance (suivi le cas échéant de son nom d'épouse) ainsi que ses prénoms ;
- sa date et son lieu de naissance ;
- son adresse.



L'avance a pour objet de parer aux difficultés financières immédiates découlant du décès (par exemple les frais d'obsèques). **Il est donc préférable de désigner un bénéficiaire* majeur** qui sera en mesure de disposer immédiatement de cette avance.

CONSEILS POUR LA RÉDACTION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

Les bénéficiaires* peuvent être désignés **nominativement** (nom de naissance - suivi le cas échéant du nom d'épouse - prénoms, date et lieu de naissance et adresse) ou selon leur qualité (conjoint*, père, mère...).

Attention : cette désignation doit impérativement être suivie de la mention "à défaut à mes héritiers".

En effet, cette mention permet de considérer les capitaux versés comme faisant partie du patrimoine des héritiers dès l'adhésion au contrat et donc n'étant pas soumis aux droits de succession.

Si l'une des personnes désignée comme bénéficiaire* décède avant vous, la part de capital qui lui était destinée sera répartie entre les autres bénéficiaires*. Pour que cette somme soit versée aux héritiers de la personne décédée, vous devez ajouter, après son nom, la mention **"vivant ou représenté"**.

● Peut-on désigner plusieurs bénéficiaires* ?

Oui, c'est possible. Le capital garanti doit alors être réparti entre les différents bénéficiaires*.

Attention : ne pas attribuer un montant défini à chaque bénéficiaire*. En effet, les garanties sont régulièrement revalorisées, cela rendrait la clause caduque.

~~Je désigne comme bénéficiaires :~~
~~- mon conjoint à hauteur de 15 000 €~~
~~- mon fils à hauteur de 10 000 €.~~

● **Voici quelques exemples de clause :**

Répartition du capital en pourcentage :

Le capital sera versé à hauteur de X % à
.....
et à hauteur de X % à :
....., à défaut à mes héritiers.

Répartition du capital à parts égales :

Le capital sera versé à parts égales entre
.....
et
à défaut à mes héritiers.



Précisez pour chaque bénéficiaire*, son nom de naissance suivi le cas échéant de son nom d'épouse, ses prénoms, sa date et son lieu de naissance ainsi que son adresse.

● **Et pour désigner une banque comme bénéficiaire*, dans le cadre d'un prêt ?**

Nous proposons la clause suivante :

Le capital sera versé à la banque
(nom et adresse) en vertu du capital du prêt s'élevant à euros, accordé le /..... /....., pour le montant de la dette à la date du décès et dans la limite du capital garanti, le solde revenant, le cas échéant, à
.....(nom de naissance -suivi le cas échéant de son nom d'épouse- prénom, date et lieu de naissance, adresse), à défaut à mes héritiers.

● **Qui ne peut pas être désigné bénéficiaire* ?**

La loi interdit la désignation de certaines catégories de personnes :

- ▶ les ministres du culte (prêtre, rabbin, imam...) ;
- ▶ votre curateur, tuteur ou mandataire judiciaire ;
- ▶ les membres des professions médicales, de la pharmacie et les auxiliaires médicaux vous ayant prodigués des soins pendant la maladie* dont vous décédez ;
- ▶ les propriétaires, dirigeants ou salariés des établissements sociaux ou médicaux sociaux (notamment des maisons de retraite).



Les animaux ne peuvent pas être désignés comme bénéficiaires*. Par contre, il est possible de désigner une association de protection des animaux, habilitée à recevoir des dons et des legs, à charge pour eux de s'occuper de votre animal jusqu'à la fin de sa vie.

● **Que se passe-t-il si le bénéficiaire* accepte le bénéfice du contrat ?**

S'il a connaissance du contrat, le bénéficiaire* peut en accepter le bénéfice. **Cette acceptation rend la désignation irrévocable.** Ainsi, vous ne pouvez plus, sans l'accord exprès du bénéficiaire*, de révoquer la désignation ni de modifier le contrat s'agissant de la garantie décès, excepté dans certains cas prévus par la loi (par exemple : l'ingratitude manifeste du bénéficiaire*).

L'acceptation par le bénéficiaire* ne peut avoir lieu dans les 30 jours suivant la réception du certificat individuel de garantie par lequel vous êtes informé de la prise d'effet du contrat (sauf désignation à titre onéreux).

Cette acceptation peut être faite par un avenant signé par vous, le bénéficiaire* et l'assureur. Elle peut également être faite sur papier libre ou par un acte authentique signé par le vous et le bénéficiaire*. Dans ce cas, l'acceptation doit nous être notifiée par une lettre recommandée avec accusé de réception. **À défaut de cette notification, cette acceptation ne prendra pas effet.**

ANNEXE 3 : LISTE DES PAYS À RISQUES POUR LE VERSEMENT DE L'AVANCE

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, lorsque le décès a lieu dans l'un des pays de la liste ci-dessous, différents justificatifs seront demandés au bénéficiaire* de l'avance :

- | | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------|
| ▶ Afghanistan | ▶ Indonésie | ▶ Oman |
| ▶ Albanie | ▶ Irak | ▶ Ouganda |
| ▶ Algérie | ▶ Iran | ▶ Ouzbékistan |
| ▶ Angola | ▶ Israël/Territoires | ▶ Pakistan |
| ▶ Arabie Saoudite | Palestiniens | ▶ Panama |
| ▶ Bahreïn | ▶ Jordanie | ▶ Papouasie - |
| ▶ Burkina Faso | ▶ Kenya | Nouvelle Guinée |
| ▶ Burundi | ▶ Koweït | ▶ Philippines |
| ▶ Cambodge | ▶ Laos | ▶ Qatar |
| ▶ Cameroun | ▶ Liban | ▶ Sénégal |
| ▶ Comores | ▶ Lybie | ▶ Somalie |
| ▶ Corée Du Nord | ▶ Malaisie | ▶ Soudan |
| ▶ Côte D'ivoire | ▶ Mali | ▶ Syrie |
| ▶ Djibouti | ▶ Maroc | ▶ Tanzanie |
| ▶ Égypte | ▶ Mauritanie | ▶ Tchad |
| ▶ Émirats Arabes Unis | ▶ Myanmar (Birmanie) | ▶ Tunisie |
| ▶ Équateur | ▶ Namibie | ▶ Turquie |
| ▶ Éthiopie | ▶ Nicaragua | ▶ Yémen |
| ▶ Guinée | ▶ Niger | ▶ Zimbabwe |
| ▶ Guyane | ▶ Nigéria | |

ANNEXE 4 : LISTE DES PROFESSIONS ET SPORTS À RISQUES

Liste des professions à risques pouvant entraîner une modification du tarif initial de Macif-Mutualité

Agent de surveillance	Docker	Lad	Policier
Agriculteur	Douanier	Laveur de vitres (moins de 4 mètres)	Pompier professionnel (grande ville / département) <i>(garantie invalidité et arrêt de travail temporaire seulement)</i>
Ambulancier	Éboueur	Maçon	Pompier aéroport ou base aérienne
Arrimeur	Égoutier	Maître nageur sauveteur	Pompier pétrolier ou raffinerie (puits de pétrole) <i>(garantie décès seule)</i>
Artificier	Élagueur	Maréchal Ferrant	Pompier sites SEVESO (Produits inflammables, toxiques)
Boucher	Électricien	Marin pêcheur	Pyrotechnicien
Boulangier / Pâtissier	Électricien dans la marine	Mécanicien (automobile, agricole, machines à outils)	Ramoneur
Bûcheron	Exploitant de sablière	Menuisier / Ébéniste	Ravaleur
Carreleur	Exploitant forestier	Métallier	Scaphandrier (< à 50 m)
Carrier avec explosifs	Ferrailleur	Mineur de fond	Soudeur chantier naval ou grande hauteur
Carrier sans explosifs	Fondeur	Moniteur d'auto/moto école	Tailleur de pierres
Carrossier	Forain	Monteur de lignes hautes tensions	Taxi moto
Cascadeur <i>(garantie Décès seule)</i>	Forgeron	Ouvrier de cimenterie (chaux et gypse y compris)	Tôlier
Chanteur	Galvaniseur	Ouvrier de scierie	Transporteur de fonds
Charcutier	Garde chasse ou garde forestier	Paysagiste avec travaux d'élagage - sans terrassement	Transporteur de liquides inflammables ou toxiques
Charpentier	Gardien de prison	Paysagiste avec terrassement	Videur
Chaudronnier	Garde du corps <i>(garantie décès seule)</i>	Peintre en bâtiment	Vigile
Conducteur d'autobus	Gendarme (CRS) <i>(garantie invalidité et arrêt de travail temporaire seules)</i>	Pisteuse secouriste	Zingueur
Conducteur d'engins	Gendarme mobile (Motard)	Pizzaïolo	
Chef de chantier	Guide de rivière	Plâtrier / Plaquiste	
Contremaître	Grutier	Plombier zingueur	
Convoyeur	Installateur d'antennes		
Couvreur	Installateur d'ascenseurs		
Cuisinier (hors marine)			
Débardeur			
Déménageur			
Détective			

Liste des professions à risques entraînant une étude de la demande d'assurance

Artiste de cirque	Gendarme (CRS) <i>(garantie décès seule)</i>	Manipulateur de dynamite ou nitroglycérine	Scaphandrier (égal ou supérieur à 50 m)
Chimiste biologiste	Gendarme (autres)	Marin	Radiation ionisante
Démineur	Grand reporter	Militaire	Travailleur en hauteur (plus de 4 mètres)
Garde du corps <i>(garanties invalidité et arrêt de travail temporaire seules)</i>	Jockey	Pilote (hors pilote de lignes régulières)	Autre profession à risques ⁽¹⁾

(1) Profession ne figurant pas dans la liste ci-dessus mais vous amenant à porter une arme ou à faire usage de la force, manipuler ou transporter des substances dangereuses ou allergisantes, participer à des expéditions scientifiques, exercer sur des chantiers de bâtiments ou de travaux publics, porter des charges lourdes, effectuer des travaux en hauteur (plus de 4 mètres), souterrains (mines, carrières) ou sous l'eau ou en haute montagne, exercer votre activité sur la voie publique, manipuler des outils ou machines permettant de découper, scier, trancher, déformer ou transformer, exercer une profession artistique ou une profession sur un site dangereux (installation pyrotechnique ou chimique, industrie des gaz, stockage de liquides inflammables, dépôts de phytosanitaires et d'engrais, raffinerie, plate-forme pétrolière, site nucléaire ou classé Seveso).

Liste des sports à risques entraînant une étude de la demande d'assurance

Athlétisme	Plongée subaquatique (au-delà de 10 m en apnée et 25 m avec bouteilles)	Spéléologie	Sports équestres
Danse acrobatique ou sportive	Saut à l'élastique ou pendulaire	Sports aériens	Sports motorisés
Escalade		Sports de combat	Sports nautiques
Football, rugby et autres sports collectifs		Sports de montagne (alpinisme, ski hors piste, trekking, bobsleigh...)	Tennis, squash
			VTT extrême

LEXIQUE

A

Accident - Atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, conséquence directe et certaine de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent - Personne physique, membre de l'Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective (APPIC), qui adhère au contrat et qui paye les cotisations.

Arrêt de travail temporaire - Absence totale et temporaire d'activité professionnelle du fait de l'impossibilité d'exercer la profession déclarée à la Mutuelle. Cette impossibilité doit être médicalement constatée suivant la procédure définie à l'article Enquête et expertise médicale.

Assuré - Personne physique nommément désignée au contrat sur qui reposent les garanties.

B

Bénéficiaire - Personne physique ou morale désignée pour percevoir les prestations prévues au contrat.

C

Conjoint - Personne unie à l'assuré par les liens du mariage, selon les termes du Code civil.

Sont assimilés au conjoint :

- le concubin,
- le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), selon les dispositions du Code civil.

Le conjoint ou la personne assimilée doit, en outre, vivre en couple avec l'assuré, sous le même toit, de façon constante, c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

D

Délai d'attente - Période suivant la prise d'effet du contrat pendant laquelle toute invalidité, arrêt de travail temporaire consécutif à une maladie ne donnera définitivement lieu à aucune prestation.

Domicile privé - Lieu de résidence de l'assuré, à savoir son logement personnel ou celui de toute personne l'hébergeant à l'exception d'une maison de retraite ou d'un établissement spécialisé.

E

Échéance principale - Date à laquelle la cotisation annuelle est exigée par la Mutuelle. Le paiement peut se faire, au choix de l'adhérent, de façon annuelle, semestrielle ou mensuelle. Chaque échéance détermine le point de départ d'une période d'assurance.

F

Frais professionnels - Frais supportés habituellement par l'assuré pour l'exercice de sa profession et qui sont légalement admis comme charge d'exploitation au plan fiscal.

Franchise - Période d'arrêt de travail temporaire non indemnisée et restant à la charge de l'assuré.

H

Hospitalisation (pour les garanties d'assistance) - Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit, à l'exclusion des structures de soins telles que les centres de convalescence, les centres de rééducation et les centres de cures thermales.

I

Immobilisation temporaire - Impossibilité de poursuivre ses activités quotidiennes du fait d'un accident ou d'une maladie subite, cet événement entraînant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile privé non programmée. L'hospitalisation ou l'immobilisation au domicile privé est considérée comme non programmée dès lors que l'assuré n'en a connaissance que dans les 30 jours qui les précèdent.

Invalidité - Réduction définitive des capacités physiques ou mentales. Permanente totale ou partielle, elle s'apprécie suivant un taux, abstraction faite de toute incidence professionnelle, selon la procédure définie à l'article Enquête et expertise médicale.

M

Maladie - Toute altération de l'état de santé constatée par un médecin et n'ayant pas d'origine accidentelle. Est considéré comme une maladie, le décès qualifié de mort naturelle.

S

Stabilisation - Moment à partir duquel l'état de santé de l'assuré n'est plus susceptible de s'améliorer du fait d'une thérapeutique active.