

Assurance Prévoyance (incapacité – invalidité)

Document d'information sur le produit d'assurance



Compagnie : AGMF Prévoyance - Union de mutuelles immatriculée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité - n° SIREN 775 666 340

Produit : GPM Sérénité revenus des professions médicales et paramédicales exerçant en libéral

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 ?

Ce contrat est à destination des professionnels libéraux exerçant normalement et régulièrement une activité médicale, paramédicale ou apparentée au monde de la santé, âgés à l'adhésion de moins de 60 ans pour les professions médicales et de moins de 55 ans pour les professions non médicales, afin de leur permettre de se prémunir contre les conséquences financières d'une perte de revenus résultant d'une incapacité de travail ou d'une invalidité. Les garanties sont éligibles au cadre de la Loi Madelin pour les travailleurs non salariés, à l'exception des garanties prévoyant le versement d'un capital. Ce contrat ne peut être souscrit indépendamment d'une garantie du contrat Protection Décès.



Qu'est ce qui est assuré ?

Sous réserve de satisfaire aux conditions d'adhésion, notamment médicales, les garanties suivantes sont assurées pour les montants choisis par l'adhérent et figurant au certificat d'adhésion pour une adhésion en forfaitaire et dans la limite du principe indemnitaire (le montant dû par l'organisme assureur ne peut dépasser le montant réel des pertes subies par l'assuré) si l'adhérent a choisi ce mode d'indemnisation :

Garantie systématiquement prévue

- ✓ **Invalidité : Versement d'une rente temporaire** à l'assuré atteint d'une incapacité permanente totale ou partielle de travail résultant d'une maladie ou d'un accident évaluée selon le choix de l'adhérent sur la base :
 - d'un barème croisé incapacité fonctionnelle et professionnelle
 - ou de la seule incapacité professionnelle.

Garanties optionnelles

Incapacité : Versement d'indemnités journalières à l'assuré en cas d'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle. Il peut choisir de couvrir :

- la perte de revenu pendant les 90 premiers jours d'arrêt de travail ;
- la perte de revenu au-delà des 90 premiers jours d'arrêt de travail ;
- pour les non salariés, ses frais professionnels ;
- le coût d'un remplacement libéral d'une profession médicale (non pharmacien).

Certaines de ces indemnités sont également versées, sous condition, en cas de :

- mi-temps thérapeutique ;
- garde d'enfants hospitalisés ;
- traitements oncologiques ambulatoires sans arrêt de travail ;
- aide aux aidants.

Sous condition, versement d'une allocation maternité ou paternité en cas de naissance ou d'adoption.

La garantie Incapacité ne peut être souscrite seule.

Invalidité :

- **Versement d'un capital invalidité accident** à l'assuré en cas d'invalidité totale ou partielle de travail résultant d'un accident corporel.
- **Versement d'un capital invalidité perte de profession** à l'assuré atteint d'une incapacité de travail le plaçant définitivement dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou sa spécialité.

Service systématiquement prévu

Protection juridique vie privée

- ✓ Assistance téléphonique en vue de la prévention de litiges privés.
- ✓ Prise en charge des frais de procédure à l'occasion de la recherche d'une solution amiable ou contentieuse lors d'un litige privé.

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les assurés n'exerçant pas/plus d'activité professionnelle.
- ✗ Les suites d'affections contractées antérieurement à l'adhésion expressément exclues.
- ✗ La grossesse antérieure à la date d'effet du contrat.
- ✗ Les pathologies dont le point de départ se situe pendant le délai de carence, y compris les rechutes de ces pathologies.
- ✗ Les incapacités de travail partielles hors mi-temps thérapeutique.
- ✗ Les frais professionnels résultant de remboursement de prêts ou ceux suspendus du fait d'un établissement à l'étranger.



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

Principales exclusions

Pour les garanties Incapacité et Invalidité : Sont exclus, les sinistres résultants :

- ! du fait intentionnel de l'assuré ou de sa participation active à des luttes, duels, rixes, agressions, émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou de sabotage, paris, défis, tentatives de records.
- ! de la pratique de tous sports professionnels et de certains sports amateurs à risques (alpinisme au-delà de 3000 mètres, plongée subaquatique au-delà de 40 m, sports aériens, vols sur aile volante, ULM, deltaplane, vol à voile, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique, voltige aérienne) (en option, possibilité de rachat de certains de ces sports).
- ! de la pratique du base jumping (ou saut extrême en parachute) et du wingsuits (ou vol en combinaison ailée) ;
- ! d'un risque de navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide.
- ! accident imputable à l'état d'ivresse de l'assuré ou de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement.
- ! De la grossesse et ses suites normales hors état pathologique et versement de l'allocation maternité.
- ! d'atteintes rachidiennes, souffrances cervicales ou lombaires sans support organique
- ! de la fibromyalgie, la spasmophilie, la tétanie, les syndromes de fatigue chronique, l'asthénie (hors grossesses) ;
- ! de tout acte, suite ou complication d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire).

Principales restrictions Pour la garantie Incapacité :

- ! Délais de carence :
 - Le sinistre résultant d'une maladie n'est pas garanti s'il intervient dans les trois premiers mois de l'adhésion. Ce délai est porté à douze mois incompressibles en cas de troubles psychopathologiques
 - La grossesse pathologique et les allocations maternité et paternité sont garanties dès lors que la date de prise d'effet de la garantie Incapacité précède de quatre mois au moins la date présumée de la conception.
- ! Franchise : L'indemnisation de la garantie intervient à l'issue d'un délai de franchise dont la durée figure au certificat d'adhésion. Ce délai peut être réduit en cas d'hospitalisation y compris ambulatoire, d'accident ou de rechute intervenant moins d'un an après la reprise du travail, ou allongé en cas de troubles psychopathologiques ou d'affections rachidiennes.
- ! Les prestations sont versées pendant une durée qui est déterminée contractuellement.



Où suis-je couvert ?

- ✓ L'adhésion est réservée aux personnes résidant en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
- ✓ L'ensemble des garanties est acquis dans le monde entier sous réserve que l'adhérent reste affilié à un régime obligatoire français, qu'il ait son domicile fiscal en France et que la constatation médicale de l'état de santé soit effectuée sur le sol français.



Quelles sont mes obligations ?

Le non respect des obligations peut entraîner la nullité du contrat, la non garantie ou la suspension des garanties.

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le mandat de prélèvement SEPA, la déclaration d'état de santé et le cas échéant fournir toute information médicale complémentaire nécessaire à l'évaluation du risque.
- Fournir tous renseignements ou documents demandés par l'organisme assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée dans l'appel de cotisations.
- Etre à jour du paiement des cotisations aux régimes obligatoires pour les travailleurs non salariés éligibles au cadre de la Loi Madelin.

En cours de contrat :

- Informer l'organisme assureur de tout changement affectant sa situation personnelle et professionnelle.
- Informer l'organisme assureur de toute modification à la hausse ou à la baisse de ses revenus afin que le niveau de garanties demeurent adapté ou soit ajusté.
- Informer l'organisme assureur en cas de déménagement à l'étranger, en Polynésie française ou en Nouvelle Calédonie.
- Régler la cotisation annuelle indiquée sur l'appel de cotisations.
- Transmettre chaque année les justificatifs prouvant que l'adhérent est à jour du paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires pour les travailleurs non salariés éligibles au cadre de la Loi Madelin.

En cas de sinistre :

- Adresser une déclaration de sinistre et les pièces justificatives exigées par l'organisme assureur dans les délais prévus par le contrat (délais de prescription légale).
- Se soumettre, le cas échéant, à tous examens médicaux ou contrôles sur le territoire français demandés par l'organisme assureur.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations annuelles sont payables d'avance aux dates d'échéance prévues sur l'appel de cotisations, par prélèvement automatique ou par chèque. Elles peuvent donner lieu à un paiement fractionné (semestriel, trimestriel ou mensuel) sous réserve d'opter pour le prélèvement automatique.

Les cotisations peuvent être payées par l'adhérent ou par toute autre personne y ayant intérêt ou agissant pour son compte.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur et du paiement de la première cotisation.

En cas de contrat conclu à distance (y compris en cas de démarchage téléphonique), le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet. Pendant ce délai, la prise d'effet de l'adhésion est suspendue sauf si le membre participant demande expressément l'exécution immédiate de son adhésion sans attendre la fin du délai de renonciation dans la demande d'adhésion.

Le membre participant dispose, en outre, d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet.

L'adhésion est valable pour une durée expirant le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés dans la notice d'information.

A l'exception de la garantie Incapacité qui peut être prorogée jusqu'à 70 ans sous conditions, les garanties cessent, conformément aux dispositions contractuelles, en tout état de cause lorsque l'assuré a atteint l'âge de départ à la retraite.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat chaque année avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre suivant au choix :

- Soit par lettre adressée au siège social de l'organisme assureur, par mail à l'adresse gestion.des.contrats@gpm.fr ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit lorsque nous vous proposons la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Nous vous adressons une confirmation écrite de la réception de votre notification.

Vous pouvez également résilier votre contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception au siège de l'organisme assureur dans les 30 jours suivants les événements ci-après :

- En cas de modification des dispositions contractuelles ;
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.