

Assurance Dépendance

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 : Offre Autonomie

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 personnes physiques âgées de plus de 25 ans et de moins de 76 ans au jour de l'adhésion, afin de leur permettre de se prémunir contre les conséquences financières résultant d'un état de dépendance à la suite d'une maladie ou d'un accident. Le niveau de dépendance est déterminé en fonction du besoin d'aide partielle ou totale dans la réalisation des actes élémentaires de la vie quotidienne. Les garanties sont éligibles au cadre de la Loi Madelin pour les travailleurs non-salariés non agricoles, à l'exception des garanties prévoyant le versement d'un capital.



Qu'est ce qui est assuré ?

Sous réserve de satisfaire aux conditions d'adhésion, notamment médicales, l'adhérent choisit entre trois formules de rente dont il détermine le montant. Des options peuvent venir compléter cette garantie principale.

Garantie systématiquement prévue

✓ Rente Dépendance :

Versement d'une rente à l'assuré atteint d'une incapacité permanente totale ou partielle, physique ou mentale, d'exécuter seul certains actes de la vie courante, selon l'une des formules ci-après choisie lors de l'adhésion :

- Formule 1 : trois niveaux de dépendance totale et partielle sont indemnisés.
- Formule 2 : deux niveaux de dépendance totale et partielle sont indemnisés.
- Formule 3 : Seule la dépendance totale est indemnisée.

Les modes d'évaluation de la dépendance suivants sont utilisés :

- un barème de points,
- l'incapacité totale d'effectuer un certain nombre d'actes de la vie quotidienne,
- le test de Folstein pour la dépendance psychique.

L'évaluation la plus favorable à l'adhérent est retenue.

Garanties optionnelles

Ces garanties sont obligatoirement choisies à l'adhésion.

Versement d'un capital dépendance, égal à trois fois le montant de la rente totale souscrite, et dès la survenance d'un état de dépendance indemnisé.

Le versement du capital met fin à cette garantie.

Versement d'un capital en cas de fracture, égal à trois fois le montant de la rente totale souscrite, indépendamment de la constatation de tout état de dépendance.

Assistance systématiquement prévue

- ✓ **Informations et prévention** : informations et prévention sur la dépendance, aide à la recherche de professionnels de la santé et de l'habitat, téléassistance.
- ✓ **Accompagnement d'un proche parent aidé** : informations sur les droits et démarches à effectuer en cas de perte d'autonomie d'un proche, recherche d'établissements.
- ✓ **Assistance dépendance** : aménagement du domicile, aide à domicile, téléassistance.

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- X Les suites d'affections contractées antérieurement à l'adhésion expressément exclues.
- X Les pathologies dont le point de départ se situe pendant le délai de carence.
- X L'état de dépendance résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou étant la conséquence d'un examen médical.
- X L'état de dépendance dont le degré est en deçà du seuil de dépendance de la formule choisie par l'adhérent.
- X Les sinistres accidentels pour lesquels le lien direct de cause à effet avec l'accident ne peut être établi.



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

Principales exclusions

Pour les garanties Rente et Capital Dépendance. Sont exclus, les sinistres résultants :

- ! du fait intentionnel de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt à la mise en œuvres des prestations garanties.
- ! de luttes, duels, rixes, agressions, émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou de sabotage auxquels l'assuré participe activement.
- ! de la tentative de suicide de l'assuré.
- ! de toute forme d'intoxication alcoolique ou médicamenteuse volontaire, de l'usage de stupéfiants ou de produits nocifs non prescrits médicalement.
- ! 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).

Pour la garantie Capital en cas de fracture :

- ! Les arrachements osseux, les fêlures, les fractures des doigts et des orteils, les fractures de côtes non compliquées d'une perforation d'un organe ou de la peau, les fractures du crâne sans déplacement et les fractures du nez.

Principales restrictions

Pour les garanties Rente et Capital Dépendance :

- ! Délais de carence :
 - La dépendance résultant d'une maladie n'est pas garantie si elle intervient dans la première année d'adhésion.
 - La dépendance résultant d'un état de démence invalidante, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson ou de la sclérose en plaques n'est pas garantie si elle intervient dans les trois premières années de l'adhésion.
 - Franchise Formule 2 : Versement de la rente à l'issue d'un délai de franchise de trois mois suivant la date de reconnaissance de l'état de dépendance.



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 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 toutes informations médicales nécessaires à l'évaluation du risque.
- Fournir tous renseignements ou documents demandés par l'organisme assureur.
- Se soumettre, le cas échéant, à tous examens médicaux ou contrôles 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 non agricoles 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 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 non agricoles 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 (délai 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 produit ses effets 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 14 jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. 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.

En cas de démarchage (hors démarchage téléphonique), le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

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.



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.contracts@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 ;
- En cas de résiliation du contrat collectif pour les travailleurs non salariés non agricoles éligibles au cadre de la Loi Madelin.