

Prévoyance Décès/Incapacité Temporaire de Travail/Invalidité

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Abeille Vie - SA au capital social de 1 205 528 532,67 euros - 732 020 805 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances et immatriculée en France - 70 avenue de l'Europe - 92270 Bois-Colombes

Produit : Abeille Senséo Prévoyance Médical



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 pré-contractuelle et contractuelle.

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

Le produit Abeille Senséo Prévoyance Médical prévoit le versement de prestations financières en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire de Travail (ITT), d'Invalidité permanente partielle ou totale, par suite de maladie ou d'accident de la personne assurée. Il s'adresse aux personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale à titre libéral ou salarié et aux internes des hôpitaux. Le produit est éligible au dispositif Madelin. L'adhésion à ce produit est réservée aux personnes âgées de 18 à 70 ans pour les garanties «Capital décès» et «Rente viagère» et 64 ans pour les autres garanties.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le produit Abeille Senséo Prévoyance Médical prévoit le versement de prestations financières en complément des régimes obligatoires suivant les garanties sélectionnées. Les prestations sont versées à l'assuré, sauf en cas de décès où elles sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

GARANTIES DE BASE

Le candidat à l'assurance doit choisir au minimum une garantie de base : soit une ou plusieurs garantie(s) Décès/ PTIA parmi les quatre proposées, soit la garantie «Capital invalidité totale» seule.

En cas de décès ou de PTIA :

- Capital décès (de 15 000 € à 7 500 000 €),
- Rente viagère (capital constitutif de 15 000 € à 7 500 000 €),
- Rente de conjoint, viagère (de 1 500 € à 30 000 €/an),
- Rente éducation, versée aux enfants bénéficiaires jusqu'à leurs 18 ans ou 28 ans s'ils poursuivent des études (de 1 000 € à 20 000 €/an par enfant). Si l'enfant est handicapé lors de l'entrée en service, la rente est majorée de 15 %.

En cas d'Invalidité Permanente Totale :

- Capital invalidité totale (de 15 000 € à 500 000 €).

GARANTIES OPTIONNELLES

L'accès à certaines de ces garanties, ainsi que le montant de la couverture et la durée d'indemnisation peuvent dépendre du mode d'indemnisation sélectionné et/ou de la situation professionnelle de l'assuré (statut professionnel, régime obligatoire, qualité de créateur ou de repreneur).

En cas de décès ou PTIA accidentels :

- Capital supplémentaire décès accidentel, en complément de la garantie «Capital Décès» (de 15 000 € à 3 000 000 €),
- Rente viagère supplémentaire décès accidentel, en complément de la garantie «Rente viagère» (capital constitutif de 15 000 € à 3 000 000 €).

En cas d'ITT :

- 5 garanties Indemnités journalières et 1 garantie remboursement des frais professionnels proposées couvrant l'ITT totale (de 15€ à 500€/jour) ou partielle pour motif thérapeutique.
- Capital perte de patientèle, en cas d'ITT totale uniquement (réservé aux médecins généralistes, de 1 500€ à 30 000€).

En cas d'hospitalisation :

- Allocation journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation (de 15 € à 75 €/jour) ;
- Allocation journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation d'un enfant fiscalement à charge (de 50 € à 100 €/jour).

En cas d'invalidité permanente :

- Rente dès 33 % d'invalidité appréciée au regard de l'incapacité professionnelle seule ou, en option, dès 16 %, pour les professions et/ou statuts éligibles. Le montant de la rente choisi à l'adhésion est compris entre 5 475 € à 182 500 €/an.
- Capital dès 66 % d'invalidité appréciée au regard de l'incapacité professionnelle seule ou, en option, dès 33 % ou 16 %, pour les professions et/ou statuts éligibles. Le montant du capital choisi à l'adhésion est compris entre 15 000 € à 350 000 €. Non cumulable avec la garantie de base «Capital invalidité totale».

En cas d'invalidité permanente, le taux de l'indemnisation dépend du taux d'invalidité (T) :
- 100 % si T ≥ 66 %,
- T/66 % si 33 % ou 16 % (en option) ≤ T < 66 %.

En cas d'ITT (partielle pour motif thérapeutique ou totale) ou d'invalidité permanente partielle ou totale :

- Exonération partielle ou totale du paiement des cotisations en fonction de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

Pour les garanties visant à couvrir la perte de revenu, le montant souscrit ne peut pas excéder celui des revenus professionnels diminués des prestations des régimes obligatoires.

Des services et prestations d'assistance sont prévus au contrat, en inclusion, indépendamment des garanties choisies.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Tout événement survenu avant l'entrée en vigueur des garanties du contrat.
- ✗ Tout élément en rapport avec l'adhésion au contrat, non déclaré et non accepté par l'assureur.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! Pour toutes les garanties, les conséquences :

- ! des guerres civiles ou étrangères,
- ! de la pratique du base jumping et du plongeon de falaise.

! Pour les garanties décès, le décès par suicide la 1^{ère} année du contrat.

! En cas de PTIA, d'ITT et d'invalidité, les conséquences de la pratique de sports réalisés à titre professionnel et de certaines disciplines équestres.

! En cas de PTIA et pour les garanties optionnelles, les conséquences :

- ! des tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- ! de l'usage de stupéfiants,
- ! d'accidents survenus alors que l'assuré conduisait en état d'ivresse,
- ! d'un événement survenu à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle déclarée.

! Pour les garanties «Indemnités Journalières», «Indemnités de remboursement des frais professionnels», «Allocation hospitalisation» et «Exonération du paiement des cotisations» :

- ! les arrêts de travail pour traitement de la stérilité ou pour procréation médicalement assistée,
- ! les interventions de chirurgie esthétique,
- ! pour les grossesses, les arrêts de travail intervenant 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! Délais d'attente : en cas d'ITT ou d'invalidité, non prise en charge des maladies constatées médicalement dans les 3 mois suivants la date d'effet de l'adhésion. Leurs suites, récidives ou séquelles ne sont pas couvertes. Ce délai est porté à 12 mois en cas d'affection psychique ou fibromyalgie, ainsi que pour les garanties «Indemnités Journalières Relais Professionnel» et «Allocation Enfant hospitalisé». Les conditions sont assouplies si la personne était déjà assurée par ailleurs.

! Franchises : en cas d'ITT, des franchises s'appliquent. Leur durée peut varier en fonction de la nature de l'événement déclencheur (maladie, accident ou hospitalisation).

! Durée maximale de versement des «Indemnités journalières Longues» pour une maladie ou un accident donné : au total, 1095 jours d'arrêt de travail franchise incluse. En cas d'ITT partielle pour motif thérapeutique, 12 mois maximum.

! Sports à risque : la pratique de certains sports et activités à risque n'est couverte que sur demande de l'assuré et après acceptation de l'assureur.

! En cas d'ITT, franchise de 90 jours minimum pour certains arts martiaux et sports de combats.

! Cumul emploi-retraite : maintien possible de certaines garanties sous conditions et aménagements spécifiques.

Liste non exhaustive, se référer à la Notice valant Note d'Information.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'étendent dans le monde entier.
- ✓ Les services et prestations d'assistance sont mises en œuvre en France Métropolitaine et à Monaco et pour les personnes qui y résident.



Quelles sont mes obligations ?

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

• À L'ADHÉSION :

- Résider en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, en principauté de Monaco (soumis à l'impôt sur le revenu français). Les résidents de Polynésie française, de Nouvelle Calédonie, de Mayotte, et de principauté de Monaco (non soumis à l'impôt sur le revenu français) peuvent adhérer au contrat pour les seules garanties Décès ou PTIA.
- Répondre avec exactitude aux questions posées par l'assureur, notamment au(x) questionnaire(s) de santé, permettant d'apprécier les risques à assurer.
- Régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

• EN COURS DE CONTRAT :

- Prévenir l'assureur par lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent un changement de situation (profil tabagique, situation professionnelle, déplacement dans un pays à risque, domicile, pratique d'un sport à risque, souscription d'un autre contrat de prévoyance couvrant l'incapacité de travail et/ou l'invalidité permanente) aggravant les risques pris en charge et fournir tout document justificatif demandé par l'assureur.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.

• EN CAS DE SURVENANCE D'UN ÉVÈNEMENT GARANTI :

- Déclarer à l'assureur tout événement de nature à pouvoir mettre en jeu l'une des garanties dans les conditions et délais impartis, et joindre toutes les pièces justificatives à fournir.
- En cas de sinistre, l'expertise médicale doit être pratiquée en France.



Quand et comment effectuer les paiements ?

A l'adhésion, l'adhérent peut choisir de payer les cotisations annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement en respectant les minima en vigueur. Il peut changer la périodicité sur simple demande.
Le paiement doit obligatoirement être effectué par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par l'assureur, les garanties prennent effet à la date d'effet mentionnée dans le certificat d'adhésion adressé par l'assureur.

Les garanties cessent lors du départ à la retraite et au plus tard aux 67 ans de l'assuré sauf :

- les garanties de base décès (capital et rente viagère) qui cessent aux 80 ans de l'assuré,
- l'Option prolongation des Indemnités Journalières qui cesse lors du départ à la retraite et au plus tard aux 70 ans de l'assuré,
- pour certaines garanties optionnelles qui peuvent être maintenues jusqu'à 67 ou 70 ans en cas de passage en cumul emploi-retraite d'une profession médicale libérale.

L'adhésion prend fin en cas de versement d'une prestation en cas de décès ou de règlement du « Capital invalidité totale ».

Le contrat est conclu pour une durée d'un an qui court à compter de la date d'effet des garanties laquelle est mentionnée sur le certificat d'adhésion émis par l'assureur et sous réserve du paiement de la première cotisation. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, sauf si l'adhérent manifeste sa volonté d'y mettre fin.

Si une cotisation n'a pas été payée à l'expiration d'un délai de 10 jours après la date d'échéance, il est adressé un pli recommandé avertissant l'adhérent de cette situation et de ses conséquences. Si la cotisation n'est toujours pas payée 40 jours après l'envoi de ce pli recommandé, les garanties sont résiliées.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut renoncer à son adhésion par lettre recommandée ou par un envoi électronique avec avis de réception pendant 30 jours à compter du moment où il est informé de la conclusion de son contrat.

L'adhérent peut demander à tout moment à l'assureur la résiliation de son contrat par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique ou par l'un des moyens visés par l'article L 113 – 14 du Code des assurances. Les garanties cessent alors au terme de la période couverte par la dernière cotisation réglée.