

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques. Une information complète sur ce contrat est fournie dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Notre contrat d'assurance Prévoyance a pour objet de compléter le régime de protection sociale des internes et des praticiens hospitaliers de la fonction publique hospitalière, en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité consécutifs à un accident ou une maladie pour couvrir leur perte de revenu et en cas de décès pour protéger leurs proches. Le contrat prévoit aussi des prestations d'assistance.

✓ : Garantie en inclusion dans notre contrat - ✗ : Non couvert par notre contrat - ! : Non couvert par nos garanties - ✓ : Territorialité des garanties



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Protection des revenus

✓ Incapacité temporaire totale

- En cas d'arrêt de travail total ou partiel, versement d'une indemnité, sans franchise, ni délai d'attente, en complément du régime statutaire et des prestations de la Sécurité sociale (plafond : 80 % à 100 % du revenu net).
- Indemnisation pendant le congé légal de maternité et en cas de mi-temps thérapeutique si le régime statutaire ne prévoit pas le maintien de salaire.

✓ Invalidité professionnelle totale ou partielle

- En cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale ou non reconnue à partir d'un taux d'invalidité professionnelle supérieure à 25 %, versement d'une rente en complément de toutes prestations ou revenus pouvant être perçus par ailleurs (plafond : 60 % à 100 % du revenu net).
- Le taux d'invalidité professionnel tient compte uniquement de la répercussion réelle de l'accident ou la maladie sur l'activité professionnelle de l'assuré.

Protection des proches

✓ Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

- Versement d'un capital aux bénéficiaires désignés par l'assuré. En cas de PTIA le capital est versé à l'assuré.
- En cas de décès simultané de l'assuré et de son conjoint, versement d'un capital supplémentaire au profit des enfants à charge de l'assuré.

Assistance

- ✓ En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile mise à disposition de service d'aide à domicile (enveloppe de 300 € ou 500 € s'il s'agit d'un enfant).
- ✓ En cas de menace, d'agression ou de burn-out mise en place d'un soutien psychologique (3 entretiens par téléphone et/ou 12 séances de consultation en cabinet, 80 € TTC par consultation).
- ✓ En cas de décès, transport du corps.
- ✓ En cas d'accident ou de maladie lors d'un déplacement, rapatriement ou transport sanitaire.
- ✓ Frais médicaux d'urgence à l'étranger (plafond : 6100 € dont 45 € pour les frais dentaires urgents).

GARANTIES OPTIONNELLES

• Gardes en cas d'incapacité temporaire totale

- Si l'assuré est dans l'impossibilité d'effectuer ses gardes, versement d'une indemnité forfaitaire après application d'une franchise jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail (plusieurs montants au choix).
- Indemnisation en cas de mi-temps thérapeutique après un arrêt de travail d'au moins 30 jours et en cas de grossesse pathologique (limitation à 150 jours et à 1500 € par grossesse et 2000 € si grossesse multiple).

• Gardes en cas d'invalidité professionnelle totale ou partielle

- En cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale ou non reconnue à partir d'un taux d'invalidité professionnelle supérieure à 25 %, versement d'une indemnité forfaitaire (montant de garantie identique à la garantie Gardes en cas d'incapacité temporaire totale).
- Le montant versé est proportionnel au taux d'invalidité et au-delà de 65 % d'invalidité professionnelle, versement de l'intégralité du montant.

• Garantie incapacité pour prolongation d'activité jusqu'à 70 ans

- Perte de profession/reconversion : versement d'un capital à partir d'un taux de 66 % d'invalidité.

• Doublement du capital décès en cas d'accident ou triplement en cas d'accident de la circulation

- Rente conjoint : versement d'une rente temporaire ou viagère au conjoint de l'assuré décédé ou en état de PTIA.

- Rente éducation : versement d'une rente aux enfants de l'assuré décédé ou en état de PTIA jusqu'à leurs 21 ans ou 28 ans s'ils poursuivent leurs études.



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les suites, conséquences et récurrences d'affection de maladie ou d'accident préalablement constatées avant l'adhésion et faisant l'objet d'une notification à l'assuré.
- ✗ Les interventions ayant pour but de remédier à des malformations congénitales, les cures thermales ou de thalassothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication, les traitements esthétiques et leurs conséquences.



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions concernant les garanties Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), les rentes conjoint et éducation :

- ! Le suicide ou la tentative de suicide en cas de PTIA au cours de la 1^{ère} année à compter de la date d'adhésion ou de la date de l'avenant sur le différentiel de garanties.

Exclusions concernant les autres garanties :

- ! Le fait intentionnel de l'assuré.
- ! Le suicide ou la tentative de suicide.
- ! La pratique de tout sport à titre professionnel.
- ! Toute pathologie psychiatrique non reconnue par la Sécurité sociale.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! En cas d'accident ou de maladie, l'assuré peut être amené à conserver à sa charge une franchise exprimée en nombre de jours pour la garantie Gardes en cas d'incapacité temporaire totale.
- ! La pratique des sports suivants est exclue sauf sur demande de l'assuré, étude préalable et acceptation par l'assureur : parapente, compétitions comportant l'utilisation d'un engin quelconque à moteur, saut à l'élastique, saut à l'élastique, compétitions, démonstrations acrobatiques et voltiges libres, deltaplane, ULM.
- ! Sont garantis pour les garanties gardes en cas d'incapacité temporaire totale et gardes en cas d'invalidité professionnelle totale ou partielle, à compter de la date d'adhésion ou de la date de l'avenant sur le différentiel de garanties, après un délai d'attente de :
 - 9 mois, les grossesses pathologiques et les suites pathologiques d'accouchement,
 - 12 mois, les troubles psychiatriques, dépressions nerveuses, affections psychotiques, maladies mentales, troubles psychiques et syndromes dépressifs.
- ! Pour la garantie Frais médicaux d'urgence à l'étranger : franchise de 15 €



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ Dans le monde entier mais les séjours hors de France Métropolitaine, de la Guadeloupe, de la Martinique, de La Réunion, ou de la Guyane sont limités à 3 mois par année civile en une ou plusieurs périodes.
 - ✓ Pour les prestations d'assistance :
 - Les prestations des garanties « Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile » et « Accompagnement lors des moments difficiles » sont acquises uniquement sur le territoire du domicile du bénéficiaire ou du domicile du membre de la famille aidé.
 - Les prestations des garanties « Assistance décès » et « Accident ou maladie survenant lors d'un déplacement » sont accordées pour les événements garantis survenus en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas 90 jours consécutifs dans le monde entier à l'exception des Pays non couverts.
 - Les prestations « Organisation des obsèques » peuvent être accordées en France ou dans le monde entier à l'exception des Pays non couverts.
- La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

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

À la souscription du contrat

- Compléter la demande d'adhésion et remplir en toute sincérité les questionnaires médicaux en fonction de votre âge et des capitaux que vous avez souscrits sous peine de vous voir opposer un refus de prise en charge en cas de sinistre ou la nullité de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.
- Régler la 1^{ère} cotisation.

En cours de contrat

Informez l'assureur de tout changement ayant pour conséquence de modifier l'appréciation du risque : changement de statut hospitalier, de profession ou d'échelon en dehors de la progression de carrière classique.

En cas de sinistre

Déclarer le sinistre et communiquer tout justificatif en rapport avec la maladie ou l'accident conformément à la Notice d'information.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Votre cotisation est exigible dans les 10 jours suivant son échéance. Vous pouvez choisir sans frais votre fractionnement de cotisation (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel). Le paiement de votre cotisation peut se faire par prélèvement automatique, par chèque ou carte bleue.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre contrat prend effet le lendemain à midi du paiement de la première cotisation et au plus tôt à la date d'effet fixée sur les Conditions particulières. Les garanties sont à effet immédiat en cas d'accident pour une durée de 4 mois. Vous vous engagez à fournir dans ce délai tous les éléments indiqués au chapitre « L'adhésion – Les conditions d'adhésions ». Au-delà de ce délai, si vous n'avez pas fourni les éléments nécessaires, la garantie cesse.

La durée de votre contrat est d'un an. Il se renouvelle automatiquement d'année en année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions indiqués au contrat, et se termine au départ à la retraite et au plus tard au 31/12 de l'année :

- des 75 ans de l'assuré pour les garanties Décès, Rente Education et Rente conjoint,
- des 70 ans de l'assuré pour la garantie Incapacité pour prolongation d'activité,
- des 68 ans de l'assuré pour les garanties Incapacité de travail et Invalidité,
- des 65 ans de l'assuré pour la garantie PTIA.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez résilier votre contrat par lettre recommandée, par envoi recommandé électronique ou par déclaration faite contre récépissé auprès de votre Agent général. La résiliation peut s'opérer sans frais ni pénalités :

- à l'échéance principale du contrat avec un préavis de 2 mois,
- dans le cas où nous augmentons la cotisation à l'échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique du groupe assuré ou des résultats techniques du contrat, dans un délai d'1 mois à compter de la date de réception de l'information,
- en cas de modification du contrat groupe dans les 30 jours qui suivent la date de réception du courrier d'information.