

**NOTICE D'INFORMATION  
VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES**

PLAN DE PRÉVOYANCE  
**CHIRURGIENS  
DENTISTES**

CONTRAT GROUPE P15





# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### UN CONTRAT NOVATEUR : POURQUOI ?

- Une offre de garanties essentielles en cas d'arrêt de travail en complément de votre régime obligatoire,
- des garanties adaptées et un barème d'invalidité spécifique à votre profession,
- une charte d'engagement sur 7 points essentiels.

### UN CONTRAT ESSENTIEL : POURQUOI ?

L'ennui de santé, qu'il résulte d'une maladie ou d'un accident, est toujours une épreuve. Pour vous, professionnel libéral, celle-ci peut se doubler de graves soucis matériels si vous êtes contraint de réduire, modifier, voire cesser votre activité professionnelle.

Prendre conscience des bouleversements que peuvent entraîner ces événements, c'est avoir une attitude prévoyante. Assurer le maintien de vos revenus en cas d'arrêt de travail et protéger votre famille en cas de décès prématuré, un geste primordial.

L'offre globale du plan de prévoyance permet ainsi aux chirurgiens dentistes de se prémunir, au sein d'un même contrat, des conséquences des accidents et maladies survenant tant au cours de l'activité professionnelle que de la vie privée.

### UN CONTRAT SPÉCIFIQUEMENT PROFESSIONNEL : POURQUOI ?

Le plan de prévoyance est un contrat Groupe, mis au point en étroite collaboration avec l'APER<sup>(1)</sup>, souscripteur, dont l'objectif exclusif est la réponse aux attentes de la profession en matière de prévoyance et de retraite. Les dispositions de ce contrat ont pour finalité de satisfaire de façon la plus adaptée et évolutive vos besoins de prévoyance.

Ce contrat "sur mesure", tient compte des spécificités de votre profession, et offre un parfait complément à toutes les prestations servies par votre régime obligatoire.

Enfin, au delà même du contrat, fort de notre expérience et de notre savoir-faire en matière de prévoyance collective, nous nous engageons :

- à effectuer un bilan régulier de vos garanties pour vous assurer de leur adéquation à votre situation professionnelle et familiale, pendant toute la durée de votre plan,
- au respect d'une charte d'engagement remise avec les conditions particulières portant sur 7 points essentiels et déterminants dans la qualité de mise en œuvre des prestations, au moment où l'ennui de santé survient.

### UN CONTRAT À SOUSCRIRE LE PLUS TÔT POSSIBLE : POURQUOI ?

Les prestations de votre régime obligatoire sont souvent jugées très insuffisantes par une grande majorité de vos confrères.

Face à cette situation, ce plan de prévoyance vous apporte, point par point, tous les compléments de garanties nécessaires sur les plans professionnel et privé. Attention cependant, il s'agit ici d'un régime à adhésion facultative, ne pouvant par hypothèse prendre en charge que les événements se réalisant après l'adhésion. Ainsi, notre conseil, constant en la matière, est celui d'adhérer le plus tôt possible.

Au-delà de la qualité de nos contrats, nous restons à l'écoute de vos besoins, pour mieux y répondre.



Philippe EVEILLEAU  
Président de MACSF prévoyance

(1) APER = Association Apolline Prévoyance Epargne Retraite - 54 rue Ampère - 75017 PARIS

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### UN CONTRAT FACILE À SOUSCRIRE

#### L'ADHÉSION : FORMALITÉS ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

##### Qui peut adhérer ?

Tout chirurgien dentiste ou docteur en chirurgie dentaire membre de l'APER, Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, exerçant à titre libéral peut adhérer au plan jusqu'à la veille de son 57<sup>ème</sup> anniversaire.

##### Comment adhérer ?

En complétant un bulletin d'adhésion et un questionnaire médical. Ce dernier est adressé à l'attention du Médecin Conseil sous pli confidentiel. Le Comité Médical d'Admission a la possibilité, avant accord définitif, de demander des renseignements complémentaires et/ou un examen médical. Les frais d'examen sont remboursés dès le paiement de la première cotisation dans les conditions de l'article 3 de la présente notice d'information valant conditions générales.

### UN CONTRAT ÉVOLUTIF

Le plan de prévoyance, par la souplesse de son fonctionnement, s'adapte parfaitement à toutes les étapes de votre vie privée et professionnelle.

Ainsi, en cours de contrat, vous pouvez :

- souscrire de nouvelles garanties professionnelles et privées.
- augmenter les montants de vos garanties professionnelles et privées.

### UN CONTRAT TRANSPARENT

A l'adhésion, la cotisation se calcule en fonction de l'âge, des garanties, de l'application éventuelle d'une surprime et du niveau de convention choisis. Elle évolue chaque année au renouvellement, en fonction de l'âge atteint au 1<sup>er</sup> janvier.

Les cotisations et les garanties sont indexées chaque année en fonction d'un taux retenu d'un commun accord entre la MACSF prévoyance et l'APER.

Le paiement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique selon les modalités prévues sur le bulletin d'adhésion.

Dès l'acceptation de l'adhésion, vous recevrez à nouveau la notice d'information valant conditions générales et les conditions particulières qui font état des garanties retenues et de leurs cotisations.

# INTRODUCTION

Le présent contrat relève du régime des assurances de groupe régi par le Code des Assurances.

Il est soumis à l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)**, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Il est souscrit par :

**l'APER (Association Apolline Prévoyance Épargne Retraite)**, association régie par la Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 dont le siège social est situé 54 rue Ampère - 75017 PARIS, représentée par sa Présidente, et ci-après nommée "**l'association souscriptrice**",

auprès de :

**la MACSF prévoyance et de la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF assurances)**, Sociétés d'Assurances Mutuelles, entreprises régies par le Code des Assurances, ayant toutes deux leur siège social au Cours du triangle, 10 rue de Valmy, 92800 Puteaux, représentées par leurs Directeurs Généraux et ci-après nommées "**l'assureur**",

au profit de :

tout chirurgien dentiste exerçant à titre libéral, relevant du régime de la Sécurité Sociale Française et ci-après nommé "**l'assuré**".

Le présent contrat est susceptible d'être co-souscrit par toute autre organisation représentative de la profession.

**La Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF assurances) délègue à la MACSF prévoyance tous pouvoirs pour l'application des différentes clauses et modalités du contrat.**

L'association souscriptrice et l'éventuel co-souscripteur donnent mandat à l'assureur pour l'exécution, en son nom, des dispositions prévues aux articles L.141-2 à 4 du Code des Assurances.

Le présent contrat groupe a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et se renouvelle annuellement par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

La présente notice d'information valant conditions générales s'applique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Il est souscrit dans le cadre de l'article 998 1° du Code Général des Impôts.

La loi applicable est la loi française et les échanges relatifs au contrat se font en français.

# PRÉAMBULE

La MACSF prévoyance garantit le risque de décès ou celui d'invalidité fonctionnelle totale et définitive (IFTD) par accident ou maladie, avec paiement sous forme de capital ou de rente au titre des garanties suivantes :

- Capital décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive,
- Rente éducation,
- Rente de conjoint.

**Ces deux dernières garanties sont éligibles au titre du dispositif fiscal "Madelin" issu de la loi du 11/02/1994 (article L.144-1 du Code des assurances).**

La MACSF assurances garantit les risques de décès ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive par accident uniquement, le risque d'invalidité professionnelle définitive par accident ou maladie, avec paiement sous forme de capital au titre des garanties suivantes :

- Doublement/triplement du capital décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive par accident,
- Capital d'invalidité professionnelle.

La MACSF assurances garantit également les risques d'incapacité et d'invalidité par accident ou maladie avec paiement sous forme d'indemnité mensuelle au titre des garanties suivantes :

- Indemnité mensuelle frais professionnels,
- Indemnité mensuelle frais professionnels plus,
- Indemnité mensuelle de revenu,
- Invalidité plus,
- Allocation conjoint/enfant malade.

**Les quatre premières garanties sont éligibles au titre du dispositif fiscal "Madelin".**

# NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

## PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

# SOMMAIRE

<b>LEXIQUE</b>	<b>P 8</b>
<b>TITRE I - LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>P 9</b>
<b>ARTICLE 1 -</b> Objet du contrat	
<b>ARTICLE 2 -</b> Définition des garanties	
<b>ARTICLE 3 -</b> Déclaration des risques	
<b>ARTICLE 4 -</b> Rôle du Comité Médical en cas de sinistre	
<b>ARTICLE 5 -</b> Sanctions	
<b>ARTICLE 6 -</b> Date de prise d'effet	
<b>ARTICLE 7 -</b> Ages limites	
<b>ARTICLE 8 -</b> Résiliation/Cessation/Suspension de l'adhésion individuelle et des garanties	
<b>ARTICLE 9 -</b> Cotisations	
<b>ARTICLE 10 -</b> Revalorisations	
<b>ARTICLE 11 -</b> Exclusions	
<b>ARTICLE 12 -</b> Étendue territoriale	
<b>ARTICLE 13 -</b> Fiscalité Madelin	
<b>ARTICLE 14 -</b> Droits de l'assuré	
<b>TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES DE LA SPHÈRE PRIVÉE ET MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>P 18</b>
<b>ARTICLE 15 -</b> Capital Décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive	
<b>ARTICLE 16 -</b> Doublement/triplement du capital Décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive	
<b>ARTICLE 17 -</b> Rente de conjoint	
<b>ARTICLE 18 -</b> Rente éducation	
<b>ARTICLE 19 -</b> Modalités de versement des garanties de la sphère privée	
<b>TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES DE LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE ET MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>P 20</b>
<b>ARTICLE 20 -</b> Indemnités mensuelles frais professionnels et frais professionnels plus	
<b>ARTICLE 21 -</b> Indemnité mensuelle de revenu	
<b>ARTICLE 22 -</b> Prises en charge spécifiques	
<b>ARTICLE 23 -</b> Garantie Invalidité plus	
<b>ARTICLE 24 -</b> Allocation conjoint/enfant malade	
<b>ARTICLE 25 -</b> Capital d'invalidité professionnelle	
<b>ARTICLE 26 -</b> Modalités de versement des prestations de la sphère professionnelle	
<b>TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT GROUPE</b>	<b>P 26</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>P 27</b>
<b>ANNEXE 1 -</b> Critères spécifiques d'adhésion	
<b>ANNEXE 2 -</b> Barème d'invalidité professionnelle	
<b>ANNEXE 3 -</b> Services d'aide à la personne	

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### LEXIQUE

Le présent lexique s'applique à l'ensemble de la présente Notice d'Information valant conditions générales à l'exclusion de l'annexe 3 - "Services d'aide à la personne".

### ACCIDENT

Toute lésion de l'organisme provoquée par l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré.

**Toutes les lésions organiques qui se révèlent avec soudaineté mais dont l'origine est interne sont exclues du champ de la notion d'accident. Il en est ainsi notamment pour les accidents vasculaires cérébraux et coronariens, et pour toutes les pathologies révélées lors d'un effort ou d'un faux mouvement.**

### ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Par accident de la circulation, il faut entendre celui dont l'assuré est victime :

- au cours d'un trajet à pied, sur une voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton,
- à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau, lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

**Toutefois, tout accident résultant de la pratique de la navigation de plaisance ou de l'aviation légère, ne sera pas considéré comme accident de la circulation.**

### AGRESSION

Tout comportement intentionnel d'un tiers mettant en danger l'intégrité physique et/ou la vie de l'assuré. L'agression doit faire l'objet d'une plainte. Son récépissé de dépôt visé par le commissariat doit être adressé obligatoirement à l'assureur pour la mise en jeu des garanties du présent contrat groupe.

### ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE DU CONTRAT GROUPE

L'association représentative de votre profession qui a négocié le contrat avec l'assureur, de façon à faire bénéficier ses membres adhérents des avantages d'un contrat collectif.

### ASSURÉ

C'est la personne sur laquelle repose le risque d'accident, de maladie ou d'agression, qui signe la demande d'adhésion, qui est tenue au paiement des cotisations et qui bénéficie des prestations du contrat.

L'assuré doit être affilié au régime obligatoire français de la Caisse de Retraite et de Prévoyance dont il dépend.

### BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Ce sont la ou les personnes désignées par l'assuré pour recevoir le capital en cas de décès, percevoir la Rente de conjoint ou la Rente éducation.

### CONGÉ DE MATERNITÉ

Le congé de maternité correspond au sens du présent contrat, à la période située avant et après la date présumée d'accouchement, au cours de laquelle le régime obligatoire de sécurité sociale prévoit un droit au versement d'une indemnité journalière d'interruption d'activité ou de congé maternité. La sociétaire est considérée en congé maternité y compris si elle n'a pas fait usage de ce droit à prestation. Cette période est indiquée dans les documents justificatifs fournis par le Régime Obligatoire à l'Assurée à l'occasion de sa grossesse, et notamment le calendrier de grossesse.

### CONJOINT

C'est le conjoint marié, non divorcé ni séparé de corps, ou le cosignataire de PACS de l'assuré.

### CONSOLIDATION

La consolidation correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère de permanence tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier médicalement un degré d'invalidité totale ou partielle, permanente ou définitive.

### INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

L'assuré est considéré comme étant en état d'invalidité fonctionnelle totale et définitive lorsqu'il est devenu incapable de se livrer à une quelconque occupation ou à un quelconque travail lui procurant gain ou profit, et doit recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les besoins de la vie courante (catégorie 3 de la sécurité sociale).

### INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

L'assuré est considéré en état d'invalidité professionnelle totale et définitive lorsque son taux d'invalidité professionnelle atteint ou dépasse 66% et entraîne la cessation définitive de son activité professionnelle.

Elle est appréciée en fonction du barème d'invalidité professionnelle annexé à la présente notice d'information valant conditions générales.



# NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

## PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### IMPORTANT

Tous les termes figurant dans la présente notice d'information valant conditions générales suivis d'un astérisque (\*) sont définis au lexique.

### TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### ART 1 OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir l'assuré\* contre les conséquences pécuniaires découlant de maladies ou d'accidents, pouvant l'atteindre tant au cours de sa vie privée que professionnelle, dans le cadre d'une couverture globale de prévoyance assortie de services d'aide à la personne (Annexe 3).

#### ART 2 DÉFINITION DES GARANTIES

Les garanties sont réparties en deux sphères indépendantes au sein desquelles l'assuré choisit son niveau de garanties.

##### I - LA SPHÈRE PRIVÉE (SOUSCRIPTION OBLIGATOIRE)

Cette sphère comprend les garanties suivantes :

- le Capital décès ou invalidité fonctionnelle totale et définitive avec doublement/triplement,
- la Rente de conjoint,
- la Rente éducation.

La souscription à l'une des garanties ci-dessus est obligatoire.

##### II - LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE (SOUSCRIPTION FACULTATIVE)

Elle comprend :

- **Trois garanties indissociables**
  - L'Indemnité mensuelle frais professionnels,
  - L'Indemnité mensuelle de revenu,
  - L'Allocation conjoint/enfant malade.

Pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, "l'Indemnité mensuelle frais professionnels" ne peut pas être souscrite (SEL, EURL...).

- **Trois garanties facultatives**
  - L'Indemnité mensuelle frais professionnels plus
  - la garantie Invalidité plus,
  - le Capital d'invalidité professionnelle.

Pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, "l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus" ne peut pas être souscrite (SEL, EURL...).

### DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES "INDEMNITÉ MENSUELLE" ET "INVALIDITÉ PLUS"

Le montant annuel total des indemnités choisies par l'assuré au titre de ces garanties ne peut excéder son revenu d'activité et ses frais professionnels fiscalement déclarés, déduction faite des prestations servies par les régimes obligatoires prévus par le Code de la Sécurité Sociale et du montant cumulé des garanties de même nature prévues en cas d'arrêt de travail par tout régime de prévoyance et/ou autre contrat d'assurance.

L'assureur se réserve la faculté :

- de vérifier à tout moment le respect de cette disposition en ramenant au plafond défini ci-dessus les garanties souscrites,
- d'adapter en cas de sinistre le niveau des indemnités mensuelles à la moyenne mensuelle de son revenu d'activité et des frais professionnels fiscalement déclarés pour les deux années précédentes.

#### ART 3 DÉCLARATION DES RISQUES

##### A - L'ASSURÉ

A l'adhésion, l'assuré est tenu de répondre de façon exacte, spontanée et complète, sans tiret ni omission, à chaque question posée permettant l'appréciation des risques par l'assureur, notamment :

- sa date de naissance,
- sa situation de famille,
- sa profession,
- ses conditions d'exercice,
- les maladies ou infirmités dont il est ou a été atteint,
- les interventions chirurgicales subies ou préconisées,
- les examens complémentaires pratiqués,
- l'existence de garanties de même nature auprès d'autres organismes,
- le niveau de ses revenus et de ses charges professionnelles de l'année N-1 figurant sur la déclaration fiscale.

Toute demande d'augmentation ou d'adjonction de garantie doit être établie dans les mêmes conditions.

Il est précisé que le changement d'option de franchise pour une franchise réduite en cas d'incapacité de travail est assimilé à une augmentation de garantie au titre de l'ensemble des dispositions du présent contrat.

Tout dossier incomplet ne pourra pas être examiné par le Comité Médical d'Admission et sera retourné à l'assuré.

En cours de contrat, l'assuré est tenu de déclarer les modifications ou circonstances nouvelles affectant les réponses apportées lors de l'adhésion, l'assureur se réservant la possibilité d'adapter les garanties en cours à la nouvelle situation personnelle :

- changement de situation familiale,
- changement de profession,
- modification des conditions d'exercice de la profession (statuts, ...),
- cessation d'activité professionnelle quelle qu'en soit la cause (retraite, radiation même temporaire, cession du cabinet, cession de parts de la société...),
- changement de domicile,
- souscription de garanties de même nature auprès d'autres organismes d'assurance,
- variation du revenu d'activité et des frais professionnels à la hausse comme à la baisse de plus de 20% (dans ce cas, l'assureur propose en suivi à l'assuré la convention adaptée aux revenus constatés).

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

Conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances, cette déclaration doit être effectuée par lettre recommandée, adressée au siège de l'assureur dans un délai de 15 jours à compter du moment où l'assuré a eu connaissance des circonstances nouvelles.

### B - LE COMITÉ MÉDICAL D'ADMISSION

Un Comité Médical d'Admission ayant pour objet l'appréciation des risques est constitué par l'assureur qui garantit le secret médical par la présence de son médecin conseil.

Les décisions concernant l'acceptation des risques sont prises par l'assureur dans un maximum de 30 jours qui suivent le dépôt par le Comité Médical d'Admission de ses conclusions. Elles sont sans appel sauf dans le cas où l'assuré produirait des pièces et éléments nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation que l'assureur avait du risque.

Le Comité Médical d'Admission se réserve le droit de demander directement à l'assuré toute pièce et/ou complément d'informations qui lui sont nécessaires.

Il peut également lui demander de se soumettre à un examen médical ou tout autre examen qu'il juge nécessaire pour statuer.

Ces documents doivent être complétés de façon exhaustive sans tirc ni omission, par l'assuré lui-même, ou par le médecin examinateur selon le niveau de garanties souhaité. Dans le cas contraire, ils sont retournés par le Comité Médical d'Admission à l'assuré.

Pour toute demande d'adhésion, d'augmentation (cf. art 3 A) ou d'adjonction de garanties, les débours entraînés par les examens éventuellement requis par le Comité Médical d'Admission sont remboursés en cas d'acceptation, de refus ou d'ajournement de cette demande par l'assureur.

Ce remboursement s'effectue sur présentation des notes d'honoraires correspondantes dûment acquittées, dans la limite d'un plafond indiqué sur le document "les formalités médicales" remis par l'assureur et dès le paiement de la première cotisation en cas d'adhésion.

En cas d'affections déclarées antérieures à l'adhésion, le Comité Médical d'Admission est en droit :

- d'ajourner ou de refuser l'adhésion,
- d'accepter une couverture en modulant les délais de franchise ou en limitant la durée d'adhésion,
- d'exclure leurs suites, complications, récidives ou conséquences ultérieures du champ d'application de tout ou partie des garanties,  
Les exclusions sont explicites, formelles et clairement limitées.

Si des infirmités ou affections ont été déclarées sur le questionnaire médical et qu'elles n'ont pas fait l'objet d'exclusions indiquées aux conditions particulières,

notifiées pour accord à l'assuré, toutes les garanties du contrat s'exercent sans limitation.

- d'accepter une couverture moyennant le paiement d'une surprime. La surprime est mentionnée aux conditions particulières après avoir été préalablement notifiée pour accord à l'assuré.

Dans le cas de la notification pour accord d'une exclusion ou d'une surprime par le Comité Médical d'Admission, l'assuré est tenu de répondre dans un délai de 15 jours à compter de la réception de la notification. A défaut, la demande d'adhésion n'est pas prise en compte.

L'exclusion de risque et/ou la surprime peuvent être :

- permanentes et définitives,
- temporaires et automatiquement levées au terme d'un délai fixé,
- subordonnées pour leur suppression à terme, à la fourniture des résultats de nouveaux examens médicaux.

Pour toute demande d'augmentation (cf. art 3 A) ou d'adjonction de garantie, les dispositions précitées s'appliquent sur cette augmentation ou cette adjonction.

### SECRET MÉDICAL

Le respect du secret médical est garanti par l'intervention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance à tous les stades de l'instruction du dossier et des procédures de gestion, tant à l'acceptation des risques, qu'à l'ouverture et au maintien des droits à prestation. Les motivations médicales d'éventuelles exclusions de risques ou de surprime sont communiquées uniquement à l'assuré par le Comité Médical d'Admission.

### ART 4 RÔLE DU COMITÉ MÉDICAL EN CAS DE SINISTRE

#### A - OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS À PRESTATIONS

Le Comité Médical a également compétence pour donner un avis sur l'ouverture et le maintien des droits à prestations, les décisions étant prises par l'assureur.

Selon les cas et afin de pouvoir conclure en toute connaissance de cause, le Comité Médical peut :

- requérir des compléments d'informations dans les conditions prévues à l'Article 3-B,
- convoquer l'assuré aux frais de l'assureur (sauf contre-indication médicale),
- missionner un médecin aux frais de l'assureur pour examiner l'assuré.

L'assuré ne peut prétendre à aucune indemnité compensatrice de perte de revenu pendant le temps consacré à ces investigations.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### B - RECOURS

L'assuré peut contester cette décision par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur dans un délai de 30 jours après en avoir eu connaissance.

L'assureur propose alors à l'assuré de se soumettre à une expertise confiée à un tiers expert de la spécialité concernée. Le choix de cet expert intervient d'un commun accord entre l'assureur et l'assuré. Il pourra se faire parmi une liste d'experts inscrits auprès de la cour d'appel du domicile de l'assuré.

Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre l'assureur et l'assuré.

L'assureur et l'assuré, s'ils le souhaitent, peuvent respectivement se faire assister lors de l'expertise par un médecin.

Chacun conserve, à sa charge, les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais.

Cette expertise intervient avant toute procédure judiciaire.

### ART 5 SANCTIONS

Toute réticence, déclaration intentionnellement fautive, omission ou déclaration inexacte de l'assuré, entraîne pour celui-ci l'application suivant le cas des sanctions prévues aux articles L.113-8, L.113-9 et L.132-26 du Code des assurances (nullité du contrat ou application de la règle proportionnelle) selon la nature des risques concernés.

En cas de fautive déclaration intentionnelle, l'assuré perd tout droit à prestations et doit effectuer le remboursement de celles déjà versées au titre du sinistre en cours.

### ART 6 DATE DE PRISE D'EFFET

#### A - DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE

L'adhésion individuelle prend effet dès la date d'acceptation du dossier par le Comité Médical d'Admission, sous réserve du paiement de la première cotisation.

#### B - DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties sont accordées :

1. **en cas d'accident\*** ou **d'agression\*** : dès la date de prise d'effet de l'adhésion, de l'augmentation (cf. art 3 A) ou adjonction de garantie.
2. **en cas de maladie** :
  - pour les garanties Décès/Invalidité fonctionnelle totale et définitive, doublement/triplement, Rente de conjoint et Rente éducation : dès la date de la prise d'effet de l'adhésion,
  - pour les garanties Indemnité mensuelle frais professionnels, Indemnité mensuelle frais professionnels plus, Indemnité mensuelle de revenu, Invalidité plus et Capital d'invalidité professionnelle : **après un délai de carence de 3 mois** suivant la date de la prise d'effet de l'adhésion.

Sur fourniture d'un justificatif de garanties de même nature auprès d'un autre organisme, faisant état de leur montant et de la date de résiliation, le délai de carence

de 3 mois compressible est supprimé pour les garanties de mêmes montants si l'interruption de couverture n'excède pas un mois.

- Pour les pathologies psychologiques et psychiatriques telles que définies à l'article 22, les garanties Indemnités mensuelles frais professionnels, frais professionnels plus, de revenu et la garantie Invalidité plus, prennent effet **après un délai de carence incompressible de 12 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion. Pour les grossesses pathologiques, ce **délai de carence incompressible est fixé à 3 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion.
- Pour l'allocation forfaitaire de maternité : **après un délai de carence incompressible de 12 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion.
- Pour la garantie Allocation conjoint/enfant malade : **après un délai d'attente de 6 mois** suivant la date d'effet de l'adhésion.

En cas d'augmentation (cf. art 3 A) ou d'adjonction de garantie, les délais de carence et d'attente prévus ci-avant s'appliquent suivant la date de la prise d'effet de cette augmentation ou de cette adjonction.

#### Délai de carence

L'application du délai de carence a pour conséquence la non prise en charge de :

- toute maladie dont les premiers signes ou symptômes sont apparus pendant ce délai, quelles qu'en soient les suites et conséquences dans le temps,
- l'allocation forfaitaire de maternité si la naissance intervient pendant ce délai.

#### Délai d'attente

L'application du délai d'attente a pour conséquence la non prise en charge de toute pathologie survenant pendant ce délai. Une fois ce délai écoulé, la prise en charge est effective, quelle que soit la date du fait générateur de la pathologie.

### ART 7 AGES LIMITES

Les âges limites pour l'adhésion et pour l'augmentation (cf. art 3 A) ou l'adjonction de garantie en cours de contrat sont fixés au sein de l'annexe 1 de la présente notice d'information valant conditions générales.

### ART 8 RESILIATION/CESSATION/SUSPENSION DE L'ADHÉSION INDIVIDUELLE ET DES GARANTIES

L'adhésion individuelle cesse dans les cas et conditions ci-après :

#### A - RÉSILIATION PAR L'ASSURÉ

1. Au 31 décembre de chaque année avec un préavis d'un mois,
2. Dans le cas où l'assureur a résilié, après sinistre, un autre contrat souscrit par l'assuré (article R.113-10 du

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

Code des assurances). Cette résiliation doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la notification de résiliation du contrat sinistré.

### B - RÉILIATION PAR L'ASSUREUR

1. En cas de non paiement des cotisations (article L.141-3 du Code des assurances), dans les conditions prévues à l'article 9C.

Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des primes impayées en justice, conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances.

2. En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration des risques à l'adhésion ou en cours de contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances).

3. Après sinistre, mais uniquement en cas de fausse déclaration de l'assuré, lors de la survenance de ce sinistre ou durant la période de service des prestations.

4. Pendant une période probatoire de deux années à compter de la prise d'effet des garanties, l'assureur peut refuser de reconduire les garanties ou de le faire moyennant surprime.

L'assureur conserve la totalité de la cotisation à titre d'indemnité, dans les cas prévus au titre des paragraphes B2 (sauf en cas de fausse déclaration non intentionnelle constatée avant sinistre) et B3.

### C - MODALITÉS DE RÉILIATION

Lorsque l'assuré a la faculté de résilier son adhésion, il peut le faire à son choix, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'assureur.

La résiliation par l'assureur doit être notifiée par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'assuré.

Dans tous les cas de résiliation, les éventuels délais commencent à courir à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée par la partie intéressée.

### D - CESSATION DE PLEIN DROIT

1. En cas de décès de l'assuré ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive, sauf pour le service :

- d'une Rente éducation,
- d'une Rente de conjoint.

2. Lorsque l'assuré est appelé sous les drapeaux pour accomplir ses obligations militaires, dès lors que la loi l'exige.

3. En cas de résidence hors de France métropolitaine ou des Départements et Régions d'Outre-Mer pour une durée supérieure à 3 mois, compte tenu toutefois des dispositions de l'article 12.

4. En cas de cessation d'activité professionnelle de l'assuré.

Toutefois si cette cessation est due à la maladie ou l'accident donnant lieu au service de l'Indemnité mensuelle de revenu suite à invalidité professionnelle, le contrat subsiste pour les garanties de la sphère privée (le Décès/Invalidité fonctionnelle totale et définitive, avec doublement/triplement, les Rente de conjoint et Rente éducation), avec exonération du paiement des cotisations (cf. art 9D).

5. Le dernier jour du trimestre civil qui suit la liquidation des droits à la retraite du régime de base (y compris pour inaptitude) et au plus tard le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal d'attribution de la retraite à taux plein. Les garanties de la sphère professionnelle ne se cumulent pas avec les prestations de retraite du régime de base. Le contrat subsiste pour les garanties de la sphère privée comme visé au 4. ci-avant.

6. Au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré pour les garanties de la sphère privée.

Seules les prestations Rente éducation et Rente de conjoint en cours de service se poursuivent jusqu'au terme contractuel du versement de ces garanties.

7. En cas de non paiement des cotisations dues au titre des régimes d'assurance obligatoires, lorsque le contrat a été souscrit dans le cadre du dispositif "Madelin".

L'assureur rembourse la portion de cotisation afférente à la période postérieure à la résiliation dans tous les cas prévus aux paragraphes D-2 à 5 du présent article.

### E - SUSPENSION

• En cas de cessation d'activité professionnelle temporaire, l'assuré peut demander, au plus tard 3 mois avant la cessation, la suspension des garanties professionnelles à l'assureur qui statuera. La suspension peut être accordée dans la limite maximum de 12 mois.

• En cas d'interdiction d'exercice temporaire pour motif disciplinaire par décision ordinaire, les garanties professionnelles seront automatiquement suspendues pendant la période d'interdiction.

Pendant la période de suspension et au titre des garanties professionnelles :

- le paiement de la cotisation correspondante n'est pas dû,
- aucune prestation n'est versée,
- tout sinistre intervenu pendant cette période ou dont les 1<sup>ers</sup> signes ou symptômes sont apparus pendant cette période quelles qu'en soient les suites et conséquences dans le temps ne sont pas pris en charge.

## ART 9 COTISATIONS

### A - CALCUL DE LA COTISATION

La cotisation est calculée à partir du tarif de base en fonction :

- des capitaux assurés,
- de la convention choisie par l'assuré au titre des garanties obligatoires et facultatives.

Elle est personnalisée en fonction :

- de l'âge de l'assuré à l'adhésion ou lors de l'augmentation (cf. art 3 A) ou de l'adjonction de garanties selon les coefficients fixés au tarif,
- de l'application éventuelle d'une surprime décidée par le Comité Médical d'Admission.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata temporis du nombre de jours restant à courir sur l'exercice considéré.

Il est formellement convenu que l'âge de l'assuré retenu est celui atteint lors de son dernier anniversaire.

A chaque échéance annuelle, la cotisation tient compte de l'âge atteint par l'assuré.

### B - PAIEMENT DES COTISATIONS

La date d'échéance est fixée au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Les cotisations (y compris s'il y a lieu les impôts et taxes sur les contrats d'assurance) sont payables d'avance au siège social de l'assureur ou au domicile du mandataire éventuellement désigné à cet effet.

### C - CONSÉQUENCES DU NON PAIEMENT DE LA COTISATION (ARTICLES L.141-3 ET L.113-3 DU CODE DES ASSURANCES)

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur adresse à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement à l'assureur ou au mandataire désigné par lui de la cotisation ou de la fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la résiliation du contrat. Par ailleurs, l'assureur se réserve le droit de poursuivre l'exécution des cotisations impayées en justice conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances. Les frais de recouvrement liés à cette procédure sont à la charge de l'assuré.

### D - EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de versement de la prestation Indemnité mensuelle de revenu uniquement au titre de l'invalidité professionnelle, l'exonération des cotisations prend effet le 1<sup>er</sup> janvier suivant la date de mise en invalidité.

Elle prend fin :

- en cas d'invalidité temporaire, le 1<sup>er</sup> du mois suivant la cessation du service de la prestation,
- en cas d'invalidité professionnelle définitive, le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70<sup>ème</sup> anniversaire.

### E - PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Conformément à l'article L.132-29 du Code des assurances, le présent contrat peut, en fonction des résultats du contrat groupe, participer aux bénéfices techniques et financiers.

Le montant de cette participation est calculé chaque année conformément aux articles A.132-10 à A.132-17 du Code des assurances.

### ART 10 REVALORISATIONS

Elles résultent chaque année d'un accord conclu entre l'association souscriptrice\* et l'assureur.

#### A - REVALORISATION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

Le montant des garanties est revalorisé chaque année selon un pourcentage décidé d'un commun accord entre l'association souscriptrice et l'assureur.

Ce pourcentage est communiqué à l'assuré à l'échéance annuelle (lors du renouvellement).

Le montant des cotisations correspondantes est réajusté chaque année en fonction de cette revalorisation.

Par ailleurs, en accord avec l'association souscriptrice, les cotisations peuvent être révisées en cas de modification de la composition démographique du groupe assuré, en fonction des résultats techniques du contrat et de l'évolution de la sinistralité par département.

#### B - REVALORISATION DES PRESTATIONS EN COURS

Les Rentes de conjoint et les Rentes éducation, à l'exception de celles constituées au cours de l'exercice inventorié, les Indemnités mensuelles frais professionnels et frais professionnels plus, les Indemnités mensuelles de revenu, la garantie Invalidité plus et l'Allocation conjoint/enfant malade sont revalorisées le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année d'un pourcentage décidé d'un commun accord entre l'association souscriptrice et l'assureur.

#### C - REVALORISATION POST MORTEM DU CAPITAL DÉCÈS

Le capital garanti en cas de décès est revalorisé à compter du jour du décès de l'assuré dans les conditions et au taux minimum prévus aux articles L.132-5 et R.132-3-1 du Code des assurances.

### ART 11 EXCLUSIONS

#### A - Applicables à toutes les garanties

1) Sont toujours exclus des garanties, sans possibilité de majoration de cotisation, les conséquences des événements suivants :

a) dans les conditions prévues à l'article L.121-8 du Code des assurances:

- la guerre étrangère sauf en cas d'accomplissement du devoir professionnel dans le cadre d'une organisation humanitaire
- la guerre civile sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel,
- les émeutes ou les mouvements populaires.

b) les effets directs ou indirects d'explosion, le dégagement de chaleur, l'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les dommages dus aux effets de radiations pratiquées par l'accélération artificielle de particules sauf en cas de traitement médical et de pratique professionnelle respectant les normes de sécurité.

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

2) Sont toujours exclus des garanties, sans possibilité de majoration de cotisation, les sports et activités de loisirs suivants :

a) La participation à titre professionnel à des compétitions sportives de niveau national ou international ou à des essais, à des tentatives de records ou à des rallyes sportifs ou à des raids.

Cette exclusion ne s'applique pas si ce sport est pratiqué à titre amateur.

b) La pratique des sports suivants :

- situés en montagne en Europe, les expéditions, les courses, l'alpinisme ou les randonnées à ski :
  - pratiqués dans une zone en-dessous de 4000 mètres si les mesures de sécurité nécessaires à la pratique dans cette zone ne sont pas respectées,
  - ou pratiqués dans une zone au-delà de 4000 mètres d'altitude.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'activité est effectuée avec un guide diplômé.

- situés en montagne hors d'Europe, les expéditions, les courses, l'alpinisme ou les randonnées à ski,
- ski extrême,
- cascades gelées,
- escalade sans sécurité,
- delta-plane, parapente, saut en parachute à ouverture retardée, ULM, voltige aérienne,
- vols sur engins ou matériels non munis d'un certificat de navigabilité, ou vols sur engins ou matériels conduits par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valide,
- plongée en solitaire, plongée de nuit sans moniteur, plongée avec scaphandre autonome sans brevet au delà des limites prévues par le niveau de plongée dont est titulaire l'assuré sans excéder les 60 m,
- spéléologie solitaire ou avec plongée,
- bateau offshore, ski nautique de vitesse,
- saut à l'élastique, canyoning sans guide.

La pratique des autres sports et activités de loisirs est garantie sans majoration de cotisation.

Les baptêmes sont couverts.

### **B - Spécifique au décès (Capital Décès/Invalidité Fonctionnelle Totale et Définitive, Rente de conjoint, Rente éducation)**

Le suicide au cours de la première année d'assurance est exclu.

En cas d'augmentation ou d'adjonction de garantie, le suicide est exclu pour les garanties supplémentaires pendant la première année suivant cette modification.

### **C - Applicables aux garanties Indemnité mensuelle frais professionnels, Indemnité mensuelle frais professionnels plus, Indemnité mensuelle de revenu, Invalidité plus, Allocation conjoint/enfant malade, Capital d'invalidité professionnelle, doublement/ triplement du capital décès.**

Sont toujours exclues du champ des garanties :

- a) les conséquences des maladies, des accidents ou des mutilations occasionnés, provoqués ou aggravés intentionnellement par l'assuré, y compris les tentatives de suicide,
- b) les conséquences des maladies résultant de l'absence de soins indispensables ou du non respect du traitement médical prescrit,
- c) les conséquences d'un état pathologique préexistant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie délimités et déterminés comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion par le Comité Médical d'Admission, dans les conditions prévues aux articles 3 et 4,
- d) les pathologies psychologiques et psychiatriques, les états dépressifs, les névroses, les psychoses, la spasmophilie, la tétanie, les états de stress, de surmenage et les troubles anxieux et apparentés, au titre des garanties ci-après :
  - l'Indemnité mensuelle de revenu en cas d'invalidité professionnelle,
  - la garantie Invalidité plus,
  - l'Allocation conjoint/enfant malade,
  - le Capital d'invalidité professionnelle.

Seules les indemnités mensuelles prévues en cas d'incapacité temporaire totale de travail sont acquises, dans les conditions prévues à l'article 22 de la présente notice d'information valant conditions générales, sauf en cas de survenance de l'atteinte pendant le délai de carence.

- e) la fibromyalgie,
- f) les syndromes de fatigue chronique et/ou asthénie,
- g) les conséquences de l'état alcoolique ou d'un accident de la circulation\* survenu avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour de l'événement ou de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- h) les conséquences des soins donnés par une personne non autorisée, sauf si l'assuré est hors d'état de refuser,

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### i) les cures de quelque nature qu'elles soient autres que :

- les cures de désintoxication suivies dans le cadre du traitement de l'alcoolisme. Dans ce cas, les indemnités mensuelles en cas d'incapacité temporaire totale de travail sont acquises pendant la durée de l'hospitalisation, sous réserve des dispositions prévues aux articles 20 et 21,
- les séjours en stations thermales et climatiques intervenant dans la continuité de l'arrêt de travail qui a justifié le versement des indemnités mensuelles, et ce, pour le traitement de la pathologie ou lésion en cause,

### j) les conséquences des interventions chirurgicales à visée exclusivement esthétique,

### k) l'interruption d'activité liée à la grossesse, à ses suites et/ou conséquences, pendant la période de droit à interruption d'activité ou de congé maternité prévue par le régime obligatoire, définie par le lexique au titre du congé de maternité,

### l) les conséquences des actes de terrorisme ou d'attentats (respectivement définis aux articles 421-1 et suivant et 412-1 du Code pénal) ou des actes de sabotage. Dans ce cadre spécifique, la garantie Décès et son triplement demeurent cependant acquis,

### m) les conséquences de la participation de l'assuré à des rixes, sauf en cas de légitime défense,

### n) les conséquences de la participation de l'assuré, à bord d'un véhicule terrestre à moteur ou engin motonautique ou aéronautique et en tant que concurrent à des compétitions, matches, paris, défis, courses et épreuves de vitesse, d'endurance ou à leurs essais préparatoires,

### o) les conséquences des dommages causés par les tremblements de terre, éruptions de volcans, inondations, raz de marée ou autres cataclysmes.

#### ART 12 ÉTENDUE TERRITORIALE

Le présent contrat produit ses effets en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, dès accord de l'assureur.

A l'étranger (y compris les Collectivités d'Outre-Mer), les garanties ne sont acquises qu'à l'occasion de séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs. Pour tout séjour dépassant ce délai, l'assuré doit saisir l'assureur qui statuera. Dans tous les cas, les prestations demeurent payables en Euros.

#### ART 13 FISCALITÉ MADELIN

Le régime fiscal prévu par la loi Madelin du 11/02/1994 (codifiée à l'article L.144-1 du Code des assurances) est réservé aux personnes exerçant une activité non-salariée à titre individuel ou en société de personnes, relevant de

la catégorie des bénéficiaires non commerciaux (BNC), des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou de l'article 62 du Code général des impôts (gérants majoritaires des sociétés à responsabilité limitée, gérants commandités des sociétés en commandite par actions, associés en nom des sociétés de personnes, membres des sociétés en participation).

Il permet aux Travaillleurs non salariés de déduire de leur revenu professionnel imposable les cotisations éligibles de leur contrat de prévoyance dans la limite de leur plafond de déduction fiscale (article 154 bis du Code général des impôts).

#### A - CONDITIONS D'ADHÉSION ET DE RENOUVELLEMENT

##### IMPORTANT

La prise en compte de l'adhésion dans le cadre d'un contrat éligible à la fiscalité "Madelin" et de son renouvellement est subordonnée à la fourniture de l'attestation annuelle de versement des cotisations émise par l'organisme gérant le régime obligatoire d'assurance maladie et vieillesse prévue à l'article L.144-1 du Code des assurances.

L'adhésion ou le renouvellement du plan de prévoyance est entaché de nullité en cas de défaut de paiement des cotisations du régime obligatoire, conformément à l'article L.652-4 du Code de la sécurité sociale.

#### B - LES COTISATIONS

Sont seules éligibles au dispositif "Madelin" les cotisations correspondantes aux garanties payables sous forme de rente ou de revenu de remplacement suivantes :

Au titre de la sphère privée :

- la Rente de conjoint,
- la Rente éducation.

Au titre de la sphère professionnelle :

- l'Indemnité mensuelle frais professionnels,
- l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus,
- l'Indemnité mensuelle de revenu,
- la garantie Invalidité plus.

#### C - LES PRESTATIONS

Les prestations servies sous forme de rente ou de revenu de remplacement, et dont les cotisations sont déductibles au titre du dispositif "Madelin", sont imposables, conformément à l'article 154 bis A du Code général des impôts.

#### ART 14 DROITS DE L'ASSURÉ

##### INFORMATION

L'assureur fournit à l'assuré :

##### A l'adhésion,

- la notice d'information valant conditions générales du contrat groupe,
- puis les conditions particulières, qui font état des garanties retenues, de leurs cotisations correspondantes

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

et de leur ventilation exacte entre les cotisations déductibles relevant du dispositif fiscal "Madelin" et celles non déductibles accompagnées de la notice d'information valant conditions générales du contrat groupe.

### A chaque échéance du premier janvier,

- l'appel de cotisations indiquant le détail des garanties et de leur cotisation, distinguant précisément la part des cotisations déductibles et celle non déductibles au titre du dispositif fiscal "Madelin",
- une attestation faisant état des cotisations ouvrant droit à déduction dans les conditions fixées à l'article 154 bis du Code général des impôts.

Chaque année, une lettre d'information Prévoyance comportant notamment des informations juridiques et contractuelles.

L'Assureur peut fournir ou mettre à disposition toutes informations et/ou documents relatifs au contrat d'assurance de l'assuré soit par écrit sur support papier, soit par écrit sous forme électronique. Pour ce faire, l'Assureur utilisera l'adresse électronique communiquée par l'assuré et/ou son espace personnel MACSF.

L'assuré peut demander à l'Assureur, à tout moment et par tout moyen, qu'un écrit sur support papier soit utilisé, pour la poursuite de l'envoi des informations et documents relatifs à son contrat d'assurance.

### DÉLAI DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :

**MACSF prévoyance**  
**10 cours du Triangle de l'Arche**  
**TSA 70400**  
**92919 LA DEFENSE CEDEX**

Elle peut être faite selon le modèle suivant :

#### **MODÈLE DE LETTRE RECOMMANDÉE AVEC A.R.** **A adresser à Monsieur le Directeur de la MACSF prévoyance.**

Monsieur le Directeur,  
Je soussigné(e) ..... ; domicilié(e) .....,  
prie la MACSF prévoyance de bien vouloir considérer qu'à dater de ce jour, je désire renoncer à la police n° ..... souscrite auprès de votre société. Vous voudrez bien, en conséquence, effectuer dans le délai requis la restitution de l'intégralité des sommes versées.  
Fait à ....., le .....  
Signature de l'assuré

La renonciation entraîne la restitution, par l'assureur, de l'intégralité des sommes versées par le contractant dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

Au terme de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

### PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L.114-2 du Code, la prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre et par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 Code civil).

Le texte intégral de ces articles figure dans l'encadré ci-dessous.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### ARTICLES 2240 À 2246 DU CODE CIVIL

#### Article 2240

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

#### Article 2241

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

#### Article 2242

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

#### Article 2243

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.



## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### Article 2244

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

### Article 2245

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

### Article 2246

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

données personnelles demandées sont les suivantes : l'assureur peut ne pas procéder à la conclusion, la modification, la gestion ou l'exécution du contrat ainsi que des services souscrits. Dans tous ces cas, le souscripteur du contrat reste responsable des conséquences d'un défaut de réponse.

Les finalités principales pour lesquelles le responsable de traitement utilise les données communiquées par l'assuré sont : la gestion de la relation commerciale, la souscription quel que soit le canal de distribution (face à face, téléphone, internet...), l'évaluation et la gestion du risque, la connaissance Client, la gestion et l'exécution du contrat, le recouvrement et la gestion du contentieux, la prospection et l'animation commerciale, l'élaboration de statistiques, la lutte contre la fraude à l'assurance.

Les données peuvent également faire l'objet de traitements afin de se conformer aux obligations légales et réglementaires auxquelles l'Assureur, est soumis, telle que la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de certaines opérations, l'Assureur, peut automatiser la prise de décisions, notamment le profilage et le scoring. L'assuré a le droit, selon les circonstances, de s'y opposer.

Selon les cas, les données sont traitées par l'Assureur, sur la base des fondements suivants : le consentement (par exemple lorsque le traitement implique la collecte de données de santé) ; la nécessité d'exécuter le contrat ou des mesures précontractuelles ; le respect d'une obligation légale ; l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement. Lorsque le traitement de données est fondé sur le consentement, l'assuré a le droit de retirer son consentement à tout moment. L'exercice de ce droit n'empêche pas la résiliation du contrat souscrit.

L'assuré est informé que les données pourront notamment être transmises au personnel habilité de l'Assureur, à toute entité du Groupe MACSF dans le cadre de l'exécution de ses missions ; à ses partenaires, prestataires et sous-traitants ; aux personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, enquêteurs, professionnels de santé et médecins conseils.

Les données personnelles seront conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution des contrats et des services souscrits et à la réalisation des finalités précisées ci-dessus. Elles seront ensuite archivées conformément aux obligations légales ou réglementaires, ou afin de permettre à l'Assureur d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat (délais applicables en matière de prescription).

L'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de limitation des données le concernant, ainsi que du droit, pour des raisons tenant à sa situation particulière, de s'opposer au traitement de ses données. L'assuré dispose du droit de retirer son consentement à tout moment.

## MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

En cas de litige relatif à l'application de ce contrat, une voie de recours amiable est à la disposition de l'assuré. L'assuré peut l'exercer auprès du Service Réclamations par voie postale à l'adresse suivante :

**10 Cours du Triangle de l'Arche  
TSA 70400**

**92919 La Défense Cedex**

ou par voie électronique à l'adresse suivante :  
**reclamations@macsf.fr**

Si le litige persiste, et après épuisement de toutes les voies de recours en interne, l'assuré a la possibilité de saisir le Médiateur de la profession dont les coordonnées sont les suivantes :

**La Médiation de l'Assurance  
TSA 50110  
75441 PARIS Cedex 09**

## DROITS D'ACCÈS ET RECTIFICATION DES FICHIERS

Les données personnelles recueillies par l'Assureur, en sa qualité de responsable de traitement, auprès de l'assuré, sont nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats et des services souscrits.

Les données personnelles qui sont demandées à l'assuré ont un caractère obligatoire ou facultatif selon les cas et peuvent s'inscrire dans un cadre réglementaire ou contractuel, ou conditionner la conclusion du contrat. Les conséquences d'un défaut de réponse de l'assuré sur les

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

L'assuré peut également adresser des directives concernant le sort de ses données post-mortem. Dans certains cas, l'assuré peut aussi obtenir la portabilité de certaines de ses données.

Pour exercer ses droits, l'assuré peut adresser un courrier à MACSF Secrétariat Général & Direction Juridique et Conformité groupe 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense Cedex ou envoyer un email à l'adresse suivante : [informatique.libertes@macsf.fr](mailto:informatique.libertes@macsf.fr)

L'assuré a la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'assuré peut trouver plus d'informations s'agissant du traitement de ses données en consultant la Charte de protection des données directement accessible à l'adresse suivante : <https://www.macsf.fr/Donnees-personnelles>.

Pour toute question relative aux traitements de données mis en œuvre par l'Assureur, l'assuré peut contacter le Délégué à la Protection des Données en utilisant les coordonnées suivantes : [dpo@macsf.fr](mailto:dpo@macsf.fr) ou DPO MACSF, 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 La Défense Cedex .

### CONSERVATION DES DOCUMENTS

Conformément à la réglementation en vigueur, tous les documents relatifs au présent contrat sont susceptibles d'être archivés électroniquement sur support numérisé afin de pouvoir être reproduits en tant que de besoin à titre de preuve.

## TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES DE LA SPHÈRE PRIVÉE ET MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

### ART 15 LE CAPITAL DÉCÈS/INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

#### A - DÉFINITION

Le capital choisi par l'assuré est fixé aux conditions particulières.

#### En cas de décès :

L'assureur s'engage au versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). La garantie décès cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70<sup>ème</sup> anniversaire.

#### En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive\* :

Le capital est versé par anticipation à l'assuré lui-même. Cette garantie est accordée par extension de la garantie décès sans majoration de cotisation, sauf décision contraire portée à la connaissance de l'assuré sur les conditions particulières.

Elle cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 65<sup>ème</sup> anniversaire.

### B - MAJORATION DU CAPITAL DÉCÈS/INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

Si les bénéficiaires sont le conjoint\* et/ou les enfants de l'assuré et/ou de son conjoint, âgés de moins de 28 ans, le Capital décès/invalidité fonctionnelle totale et définitive et le Capital doublement/triplement sont majorés de 10% par membre de la famille ci-dessus visé. La majoration totale ne peut être supérieure à 50%. En tout état de cause, le capital versé ne peut dépasser le plafond fixé aux conditions particulières.

### ART 16 LE DOUBLEMENT/TRIPLEMENT DU CAPITAL DÉCÈS/INVALIDITÉ FONCTIONNELLE TOTALE ET DÉFINITIVE

Le capital décès assuré est, dans la limite d'un plafond fixé aux conditions particulières :

- doublé si le décès ou l'invalidité fonctionnelle totale et définitive résulte d'un accident\*.
- triplé si le décès ou l'invalidité fonctionnelle totale et définitive résulte :
  - d'un accident de la circulation\*,
  - d'un acte de terrorisme ou d'un attentat,
  - d'une agression\*.

La preuve de l'accident et de sa nature, de l'acte de terrorisme, de l'attentat, de l'agression et de ses circonstances, incombe à l'assuré ou au(x) bénéficiaire(s).

Le terme maximum de cette garantie est fixé au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70<sup>ème</sup> anniversaire en cas de décès ou son 65<sup>ème</sup> anniversaire en cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive.

### ART 17 LA RENTE DE CONJOINT

En cas de décès ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, cette garantie prévoit le service d'une rente payable à trimestre civil échu au profit du conjoint de l'assuré.

#### • Garantie de base - rente temporaire :

La rente est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le conjoint atteint son 60<sup>ème</sup> anniversaire.

#### • Option rente viagère :

La rente est servie en totalité jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le conjoint atteint son 60<sup>ème</sup> anniversaire, puis à hauteur de 50 % jusqu'à son propre décès.

La garantie cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70<sup>ème</sup> anniversaire et/ou en cas de décès du conjoint.

### ART 18 LA RENTE ÉDUCATION

En cas de décès ou d'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, cette garantie prévoit le service d'une rente temporaire et trimestrielle répartie par parts égales au jour du décès, pour toute la durée de la rente, entre les enfants de l'assuré et/ou de son conjoint désignés comme suit : "mes enfants, et/ou ceux de mon conjoint ou co-signataire de PACS, nés ou à naître, jusqu'à

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

leur 28<sup>ème</sup> anniversaire sous réserve qu'ils poursuivent leurs études, sans activité rémunérée permanente".

Sur demande expresse, l'assuré peut nommément désigner comme bénéficiaire(s) un ou plusieurs enfants.

Dans ce cas, l'intégralité du montant de la rente est répartie par parts égales au jour du décès, pour toute la durée de la rente, entre les seuls enfants désignés bénéficiaires.

Cette garantie cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint son 70<sup>ème</sup> anniversaire.

### ART 19 LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES GARANTIES DE LA SPHÈRE PRIVÉE

#### A - LE CAPITAL DÉCÈS/IFTD

Le capital assuré est payable :

**En cas de décès**, aux bénéficiaires désignés par l'assuré, après réception :

- de l'acte de décès,
- d'un certificat médical établissant la date, les causes et circonstances du décès en précisant si le décès est en lien avec un risque médical exclu ou dont les 1<sup>ers</sup> signes ou symptômes sont antérieurs à l'adhésion (et/ou à une augmentation de garantie) ;
- en cas d'accident/agression ou enquête judiciaire, de la copie du procès verbal de police ou gendarmerie ;
- des coordonnées du notaire chargé du règlement de la succession ;
- d'un acte de notoriété ou certificat d'hérédité ;
- pour chaque bénéficiaire : d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est le partenaire pacsé du défunt.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

**En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive**, à l'assuré lui-même, après réception des pièces établissant qu'il est bien atteint d'une invalidité fonctionnelle totale et définitive telle qu'elle est définie au contrat.

**Le versement du Capital invalidité fonctionnelle totale et définitive n'ouvre plus droit au versement du capital décès.**

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

#### B - LA RENTE DE CONJOINT

Lors du décès de l'assuré, la rente est servie à son conjoint à hauteur de 100% du montant de la garantie atteint au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de l'événement.

En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, la Rente de conjoint est versée à hauteur de 50% du montant de la garantie atteint au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de l'événement. Elle est portée à 100% en cas de décès de l'assuré.

**La Rente de conjoint est ensuite revalorisée conformément à l'article 10.**

La mise en service de la rente est subordonnée :

**En cas de décès**, à la réception :

- de l'acte de décès ;
- d'un certificat médical établissant la date, les causes et circonstances du décès en précisant si le décès est en lien avec un risque médical exclu ou dont les 1<sup>ers</sup> signes ou symptômes sont antérieurs à l'adhésion (et/ou une augmentation de garantie) ;
- en cas d'accident/agression ou enquête judiciaire, de la copie du procès verbal de police ou gendarmerie ;
- des coordonnées du notaire chargé du règlement de la succession ;
- d'un acte de notoriété ou certificat d'hérédité ;
- d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est le partenaire pacsé du défunt.

**L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.**

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

**En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive**, à la réception :

- des pièces établissant que l'assuré est bien atteint d'une invalidité fonctionnelle totale et définitive telle que définie au contrat,
- d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est le partenaire pacsé du défunt.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### C - LA RENTE ÉDUCATION

Lors du décès ou de l'invalidité fonctionnelle totale et définitive de l'assuré, la rente est servie par parts égales entre les enfants bénéficiaires au jour de l'événement, pour le montant de la garantie atteint au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de l'évènement.

**Par la suite, elle est revalorisée conformément à l'article 10.**

La Rente éducation est payable à trimestre civil échu à chaque enfant bénéficiaire pour sa quote-part et jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel il atteint son 28<sup>ème</sup> anniversaire sous réserve de la poursuite de ses études (cette condition ne s'applique pas aux enfants infirmes ou handicapés), sans activité rémunérée permanente.

**En cas de décès**, la mise en service de la rente est subordonnée, à la réception :

- de l'acte de décès,
- d'un certificat médical établissant la date, les causes et circonstances du décès en précisant si le décès est en lien avec un risque médical exclu ou dont les 1<sup>ers</sup> signes ou symptômes sont antérieurs à l'adhésion (et/ou une augmentation de garantie) ;
- en cas d'accident/agression ou enquête judiciaire, de la copie du procès verbal de police ou gendarmerie ;
- des coordonnées du notaire chargé du règlement de la succession ;
- d'un acte de notoriété ou certificat d'hérédité ;
- pour chaque bénéficiaire : d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est l'enfant du partenaire pacsé du défunt ;
- des certificats de scolarité des enfants bénéficiaires fournis annuellement, s'ils sont âgés de plus de 16 ans.

**L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.**

**Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.**

**En cas d'invalidité fonctionnelle totale et définitive**, la mise en service de la rente est subordonnée, à la réception :

- des pièces établissant que l'assuré est bien atteint d'une invalidité fonctionnelle totale et définitive telle que définie au contrat,
- pour chaque bénéficiaire : d'un extrait d'acte de naissance, de la copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité et du Relevé d'Identité Bancaire (RIB) personnel, datés et signés. Ces documents doivent être accompagnés de l'attestation d'engagement dans les liens du pacte civil de solidarité si le bénéficiaire est l'enfant du partenaire pacsé du défunt ;
- des certificats de scolarité des enfants bénéficiaires fournis annuellement, s'ils sont âgés de plus de 16 ans.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

### TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES DE LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE ET MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

#### ART 20 INDEMNITÉS MENSUELLES FRAIS PROFESSIONNELS ET FRAIS PROFESSIONNELS PLUS

##### A - INDEMNITÉ MENSUELLE FRAIS PROFESSIONNELS

Cette garantie a pour objet de couvrir tout ou partie des frais professionnels lors d'une incapacité temporaire totale de travail.

Les conditions particulières prévoient :

- le montant de la garantie correspondant à la convention retenue,
- la franchise choisie par l'assuré de 7, 14 ou 30 jours.

→ Si l'assuré a choisi la franchise de 7 ou 14 jours, le montant de la garantie est payable :

**En cas de maladie :**

- du 8<sup>ème</sup> au 365<sup>ème</sup> jour ou du 15<sup>ème</sup> au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail en fonction de la franchise choisie ;
- en cas d'hospitalisation pendant le délai de franchise maladie :
  - du 5<sup>ème</sup> au 21<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail si la durée de l'arrêt de travail est inférieure ou égale à 21 jours. La franchise est de 4 jours ;
  - du 9<sup>ème</sup> au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail si la durée de l'arrêt de travail est supérieure à 21 jours. La franchise est de 8 jours. La franchise applicable est de 7 jours si l'assuré a choisi la franchise maladie de 7 jours.

**En cas d'accident ou d'agression :**

- du 1<sup>er</sup> au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail.

→ Si l'assuré a choisi la franchise absolue de 30 jours, le montant de la garantie est payable :

**En cas de maladie, d'hospitalisation, d'accident ou d'agression :**

- du 31<sup>ème</sup> jour au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail.

Le choix de la franchise s'applique aussi bien pour l'indemnité mensuelle frais professionnels que pour l'Indemnité mensuelle de revenu décrite à l'article 21 de la présente notice d'information valant conditions générales.

La franchise applicable à la grossesse pathologique est précisée à l'article 22 D 2.

Sur avis du Comité Médical, le versement de l'Indemnité mensuelle frais professionnels peut être assuré en cas d'incapacité temporaire totale de travail au maximum jusqu'au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### IMPORTANT

La durée de versement de l'Indemnité mensuelle frais professionnels ne peut en aucun cas excéder le 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail, même si des pathologies multiples ou des accidents sont survenus pendant cette période.

Ainsi, lorsque l'assuré perçoit l'Indemnité mensuelle frais professionnels au titre d'une incapacité temporaire totale de travail, tout nouvel accident ou pathologie survenant au cours de la période effective d'indemnisation peut prolonger l'indemnisation jusqu'au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail, mais ne peut en aucun cas entraîner l'ouverture d'un nouveau droit à prestation au titre de cette garantie.

### B - INDEMNITÉ MENSUELLE FRAIS PROFESSIONNELS PLUS

La souscription de la garantie "Indemnité mensuelle frais professionnels plus" doit obligatoirement s'accompagner de la souscription de la garantie "Indemnité mensuelle frais professionnels".

Cette garantie, souscrite en option par l'assuré, a pour objet de couvrir tout ou partie des frais professionnels au-delà du terme maximum de versement de l'Indemnité mensuelle frais professionnels susvisée.

Le montant de la garantie est identique à celui prévu pour la garantie Indemnité mensuelle frais professionnels décrite ci-dessus. Il est payable du 366<sup>ème</sup> jour jusqu'au 18<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail maximum, dans la limite des frais professionnels subsistants nécessaires à la poursuite de l'exploitation du cabinet. La prestation est versée sur la base des justificatifs comptables mensuels des frais professionnels résiduels de l'assuré.

Cette garantie se substitue au versement de la garantie Indemnité mensuelle frais professionnels, au-delà du 365<sup>ème</sup> jour de l'incapacité de travail.

### IMPORTANT

La durée de versement de l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus ne peut en aucun cas excéder le 18<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail, même si des pathologies multiples ou des accidents sont survenus pendant cette période.

Ainsi, lorsque l'assuré perçoit l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus au titre d'une incapacité temporaire totale de travail, tout nouvel accident ou pathologie survenant au cours de la période effective d'indemnisation peut prolonger l'indemnisation jusqu'au 18<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail, mais ne peut en aucun cas entraîner l'ouverture d'un nouveau droit à prestation au titre de cette garantie.

### C- INTERRUPTION DES VERSEMENTS

Le versement des Indemnités mensuelles frais professionnels et frais professionnels plus est interrompu :

- dès lors qu'une reprise de l'activité professionnelle est médicalement possible, sous réserve des dispositions

- particulières relatives au mi-temps thérapeutique prévues à l'article 22,
- en cas de consolidation de l'état médical dûment constatée,
- lors de la cession du cabinet, ou lors de la cession totale des parts de la société,
- lors de la cessation de l'activité professionnelle (y compris en cas d'interdiction d'exercice par décision ordinaire pour motif disciplinaire),
- au terme maximum de la garantie, tel que défini au paragraphe D du présent article.

### D - TERME DES GARANTIES INDEMNITES MENSUELLES FRAIS PROFESSIONNELS ET FRAIS PROFESSIONNELS PLUS

Les garanties Indemnités mensuelles frais professionnels et frais professionnels plus cessent au maximum le dernier jour du trimestre civil qui suit la liquidation des droits à la retraite du régime de base (y compris pour inaptitude) et au plus tard le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal d'attribution de la retraite à taux plein.

Cette garantie et les prestations y afférent ne se cumulent pas avec les prestations de retraite du régime de base.

### ART 21 L'INDEMNITÉ MENSUELLE DE REVENU

Cette garantie a pour objet le maintien de tout ou partie du revenu de l'assuré. Elle est versée en cas d'incapacité temporaire totale de travail et se poursuit, sans discontinuité, en cas d'invalidité professionnelle.

Les conditions particulières prévoient :

- le montant de la garantie correspondant à la convention retenue versé jusqu'au 3<sup>ème</sup> mois d'incapacité temporaire totale de travail puis à compter du 4<sup>ème</sup> mois d'incapacité temporaire totale de travail,
- la franchise choisie par l'assuré de 7, 14 ou 30 jours.

### A - EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

→ Si l'assuré a choisi la franchise de 7 ou de 14 jours, le montant de la garantie est payable :

#### En cas de maladie

- du 8<sup>ème</sup> jour au 36<sup>ème</sup> mois ou du 15<sup>ème</sup> jour au 36<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail en fonction de la franchise choisie ;
- en cas d'hospitalisation pendant le délai de franchise maladie choisie :
  - du 5<sup>ème</sup> au 21<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail si la durée de l'arrêt de travail est inférieure ou égale à 21 jours. La franchise est de 4 jours ;
  - du 9<sup>ème</sup> jour au 36<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail si la durée de l'arrêt de travail est supérieure à 21 jours. La franchise est de 8 jours. La franchise applicable est de 7 jours si l'assuré a choisi la franchise maladie de 7 jours.

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

En cas d'accident ou d'agression :

- du 1<sup>er</sup> jour au 36<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail.
- Si l'assuré a choisi la franchise absolue de 30 jours, le montant de la garantie est payable :

En cas de maladie, d'hospitalisation, d'accident ou d'agression :

- du 31<sup>ème</sup> jour au 36<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail.

Le choix de la franchise s'applique aussi bien pour l'Indemnité mensuelle de revenu que pour l'Indemnité mensuelle frais professionnels décrite à l'article 20 de la présente notice d'information valant conditions générales.

La franchise applicable à la grossesse pathologique est précisée à l'article 22 D 2.

Sur avis du Comité Médical, le versement de l'indemnité mensuelle de revenu peut être assuré en cas d'incapacité temporaire totale de travail au maximum jusqu'au 36<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail.

Le versement de l'Indemnité mensuelle de revenu en cas d'incapacité de travail est interrompu :

- dès lors qu'une reprise de l'activité professionnelle est médicalement possible, sous réserve des dispositions particulières relatives au mi-temps thérapeutique prévues à l'article 22,
- en cas de consolidation de l'état médical dûment constatée,
- lors de la cession du cabinet ou lors de la cession totale des parts de la société,
- lors de la cessation de l'activité professionnelle (y compris en cas d'interdiction d'exercice par décision ordinaire pour motif disciplinaire),
- au terme maximum de la garantie, tel que défini au paragraphe C du présent article.

### IMPORTANT

La durée de versement de l'Indemnité mensuelle de revenu servie au titre de l'incapacité temporaire totale ne peut en aucun cas excéder le 36<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail, même si des pathologies multiples ou des accidents sont survenus pendant cette période. Ainsi, lorsque l'assuré perçoit l'Indemnité mensuelle de revenu au titre d'une incapacité temporaire totale de travail, tout nouvel accident ou pathologie survenant au cours de la période effective d'indemnisation peut prolonger l'indemnisation jusqu'au 36<sup>ème</sup> mois d'arrêt total de travail mais ne peut en aucun cas entraîner l'ouverture d'un nouveau droit à prestation au titre de cette garantie.

## B - EN CAS D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

### 1. Les critères d'attribution de l'Indemnité mensuelle de revenu

Dès lors que l'invalidité professionnelle est reconnue par le Comité Médical suite à la consolidation de l'état médical :

- soit pour une période temporaire éventuellement reconductible,
- soit de façon définitive.

L'Indemnité mensuelle de revenu se poursuit à hauteur du taux d'invalidité retenu, dans les limites suivantes :

- Si le taux d'invalidité professionnelle est inférieur à 26%<sup>(1)</sup>, l'assuré ne peut prétendre à aucune indemnité au titre de son invalidité et le versement de l'Indemnité mensuelle de revenu s'interrompt.
- Si le taux d'invalidité professionnelle est compris entre 26%<sup>(1)</sup> et 65%, l'indemnité servie est proportionnelle au taux retenu.
- Si le taux d'invalidité professionnelle est compris entre 66% et 100%, l'indemnité est servie à hauteur de 100% de la garantie.

Néanmoins :

- si l'assuré poursuit même à temps partiel son activité professionnelle : l'indemnité est servie à hauteur de 70% de la garantie.
- si l'assuré exerce une autre activité professionnelle, l'indemnité est réduite du montant de son nouveau revenu d'activité sans pouvoir être inférieure à 70% de la garantie.

Dans ces 2 cas, si l'assuré est âgé de plus de 55 ans, l'indemnité est versée à hauteur de 100% de la garantie.

<sup>(1)</sup> En cas d'invalidité professionnelle reconnue suite à une incapacité de travail indemnisée et débutée avant le 01/01/2018, ce taux est de 33%.

### 2. La détermination du taux d'invalidité professionnelle

Le critère retenu est le taux d'invalidité professionnelle.

Ce taux est déterminé par référence au barème professionnel annexé au contrat, en fonction de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur l'activité professionnelle spécifique exercée.

La répercussion de l'invalidité est évaluée en comparant l'activité de l'assuré après l'accident ou l'affection à celle qu'il menait auparavant et en tenant compte des conditions normales d'exercice de sa profession, des possibilités de rééducation, d'appareillage et de la capacité d'exercice restante.

Le taux d'invalidité professionnelle retenu :

- est indépendant de celui des régimes obligatoires prévus par le Code de la sécurité sociale,
- est révisable en augmentation ou en diminution durant toute la période de service de l'indemnité, s'il n'est pas notifié par le Comité Médical comme étant définitif.

Si un taux d'invalidité professionnelle est fixé pour une période déterminée par le Comité Médical, l'indemnité mensuelle est servie jusqu'au terme de cette période, date à laquelle une révision du dossier est effectuée.

Le versement de la Rente d'invalidité est interrompu au terme maximum de la garantie, tel que défini au paragraphe C du présent article.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### C - TERME DE LA GARANTIE INDEMNITÉ MENSUELLE DE REVENU

La garantie Indemnité mensuelle de revenu cesse au maximum le dernier jour du trimestre civil qui suit la liquidation des droits à la retraite du régime de base (y compris pour inaptitude) et au plus tard le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal d'attribution de la retraite à taux plein.

Cette garantie et les prestations y afférent ne se cumulent pas avec les prestations de retraite du régime de base.

### **ART 22** PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES (DISPOSITIONS COMMUNES AUX ART. 20 ET 21)

#### A- LES RECHUTES ET RÉCIDIVES

On entend par rechute ou récurrence au sens du contrat l'incapacité temporaire totale de travail qui résulte :

- d'une aggravation de l'état pathologique initial,
- d'un nouvel état pathologique résultant de la pathologie d'origine,
- d'un état pathologique ayant des caractéristiques identiques à la pathologie d'origine,
- de la réapparition de la même pathologie, même s'il y a une cause nouvelle. Il en est ainsi par exemple en cas de réapparition d'une atteinte disco-vertébrale, y compris en cas de cause nouvelle.

**Pathologies bilatérales :** lorsque l'indemnisation s'est effectuée sur un côté, l'indemnisation de l'atteinte controlatérale, même à distance, est prise en charge comme une rechute ou récurrence.

- En cas de rechute ou de récurrence intervenant moins d'un an après la reprise totale d'activité, le sinistre se poursuit dès le 1<sup>er</sup> jour de la rechute ou de la récurrence sans application d'une nouvelle franchise, sur les bases de l'option en cours lors de la précédente période d'indemnisation.
- En cas de rechute ou de récurrence intervenant plus d'un an après la reprise totale d'activité, la franchise appliquée lors de l'arrêt de travail initial s'applique à nouveau. En cas d'hospitalisation à la date de la rechute ou récurrence, la franchise en cas d'hospitalisation bénéficie à l'assuré si elle lui est plus favorable (hors choix de franchise absolue de 30 jours).

A l'issue de l'éventuelle franchise, le sinistre se poursuit sur les bases de l'option en cours lors de la précédente période d'indemnisation avec reconstitution jusqu'au 3<sup>ème</sup> mois de la rechute ou récurrence, du montant de la garantie Indemnité Mensuelle de Revenu versé jusqu'au 3<sup>ème</sup> mois de l'incapacité totale de travail initial.

**Quel que soit le nombre de rechutes ou récurrences, la durée totale d'indemnisation ne peut excéder la durée maximale de chaque garantie.**

### B - LE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE

En cas de reprise d'activité à temps partiel dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, l'Indemnité mensuelle frais professionnels, l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus, l'Indemnité mensuelle de revenu peuvent être maintenues à hauteur de 50% et dans une limite maximum de 180 jours d'incapacité partielle au titre du même sinistre.

**En tout état de cause, le service total des indemnités ne peut excéder la durée maximale de chaque garantie.**

### C - LES PATHOLOGIES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

L'assureur considère comme pathologies psychologiques et psychiatriques les troubles suivants :

- les troubles mentaux organiques,
- les troubles schizophréniques et apparentés,
- les troubles de l'humeur,
- les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes,
- les troubles du comportement alimentaire.

Ces troubles sont reconnus par la classification internationale des maladies (DSM 5). Ils recouvrent les troubles usuellement dénommés : états dépressifs, névroses, psychoses, spasmophilie, états de stress, surmenage, troubles anxieux et apparentés.

Le Burn out est contractuellement assimilé à une pathologie psychologique et psychiatrique.

L'incapacité temporaire totale de travail est indemnisée dans les conditions suivantes, sauf en cas de survenance de l'atteinte pendant le délai de carence :

- à hauteur de 100% de la garantie pendant les 6 premiers mois d'incapacité temporaire totale de travail pour les Indemnités mensuelles frais professionnels et de revenu,
- à hauteur de 50% de la garantie pendant les 6 mois suivants pour les Indemnités mensuelles frais professionnels et de revenu,
- à hauteur de 25% de la garantie :
  - pendant les 6 mois suivants pour l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus,
  - pendant les 24 mois suivants pour l'Indemnité mensuelle de revenu.

**En tout état de cause, pour la famille des pathologies psychologiques et psychiatriques, le cumul des indemnités versées dans le temps ne peut excéder 36 mois, même en cas de rechute ou de récurrence**

Pour les psychopathies entraînant le placement d'office ou l'hospitalisation sur demande d'un tiers (Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011), les indemnités mensuelles prévues en cas d'incapacité temporaire de travail sont acquises en totalité dans les limites prévues aux articles 20 et 21 pendant la durée de l'hospitalisation.

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### D - LA MATERNITÉ

#### 1. La naissance ou l'adoption

La naissance ou l'adoption d'un enfant donne lieu au versement au profit de la sociétaire d'une allocation forfaitaire de maternité. Cette allocation est majorée à la 2<sup>ème</sup> naissance puis à la 3<sup>ème</sup> naissance. Son montant reste identique pour les naissances suivantes.

Les montants sont fixés aux conditions particulières.

C'est le rang de l'enfant qui est pris en compte pour le versement de la prime.

Les allocations se cumulent en cas de naissances multiples.

Pour bénéficier de cette allocation forfaitaire de maternité, l'assurée doit remettre une copie du livret de famille ou des actes de naissance de chaque enfant.

#### 2. La grossesse pathologique, les suites et conséquences pathologiques de la grossesse

##### La grossesse pathologique :

l'assureur garantit la prise en charge de l'incapacité temporaire totale de travail consécutive à une grossesse pathologique, lorsque celle-ci est justifiée par l'obligation médicale d'un repos à domicile ou à l'hôpital notamment consécutive à :

- un cerclage,
- une menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par bêta2 mimétique, un traitement progestatif ou des traitements médicamenteux équivalents,
- un décollement placentaire authentifié par échographie,
- une souffrance foetale,
- des métrorragies,
- une pathologie du placenta,
- une môle hydatiforme, un choriocarcinome,
- une pathologie du liquide amniotique.

Les Indemnités mensuelles de revenu<sup>(1)</sup> et frais professionnels sont payables, selon la franchise choisie par l'assuré pour ces garanties, à partir du 8<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> ou 31<sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail jusqu'à la veille de la période de droit à interruption d'activité ou de congé maternité prévue par le régime obligatoire, définie par le lexique au titre du congé de maternité, sous réserve de la réception d'un certificat médical attestant de la pathologie en cause, adressé directement sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur.

En cas de survenance d'une affection ou d'un accident pendant la période de grossesse, il appartient au Médecin Conseil de l'assureur de déterminer les modalités normales de prise en charge de l'atteinte en cause indépendamment de la grossesse.

<sup>(1)</sup> L'Indemnité mensuelle de revenu est versée après déduction des éventuelles indemnités journalières servies par le régime obligatoire.

##### Les suites et conséquences pathologiques de la grossesse

L'assureur garantit la prise en charge de l'incapacité temporaire totale de travail consécutive aux suites et conséquences pathologiques de la grossesse dûment attestée par un certificat médical adressé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'assureur.

Les Indemnités mensuelles de revenu, frais professionnels, frais professionnels plus sont payables à partir du lendemain de la fin de la période de droit à interruption d'activité ou de congé maternité prévue par le régime obligatoire, définie par le lexique au titre du congé de maternité dans la limite de la durée de versement de chaque garantie.

Lorsque la maternité a fait l'objet d'une grossesse pathologique, l'indemnisation de ce sinistre se poursuit au titre des suites et conséquences de la grossesse sans application d'un nouveau délai de franchise.

#### ART 23 LA GARANTIE INVALIDITÉ PLUS

En cas d'invalidité professionnelle d'un taux supérieur ou égal à 26%<sup>(1)</sup>, une indemnité forfaitaire est versée à l'assuré. Cette indemnité est servie à hauteur du taux d'invalidité retenu, déterminé de la même manière que pour l'indemnité mensuelle de revenu en cas d'invalidité (Cf. article 21B).

L'indemnité forfaitaire Invalidité Plus est versée au plus tard jusqu'au terme retenu pour l'Indemnité mensuelle de revenu (Cf. article 21 C).

<sup>(1)</sup> En cas d'invalidité professionnelle reconnue suite à une incapacité de travail indemnisée et débutée avant le 01/01/2018, ce taux est de 33%.

#### ART 24 L'ALLOCATION CONJOINT/ENFANT MALADE

Cette garantie couvre l'accident ou la maladie du conjoint de l'assuré ou de l'enfant de l'assuré (ou de son conjoint) de moins de 18 ans entraînant une hospitalisation minimale de 15 jours.

Une allocation mensuelle égale à 1/5<sup>ème</sup> du montant de l'Indemnité mensuelle de revenu (indemnité servie les 3 premiers mois) correspondant à la convention choisie, est versée pendant la durée de l'hospitalisation.

L'allocation mensuelle est versée dès le premier jour d'hospitalisation pendant une durée maximale de 6 mois d'hospitalisation pour le conjoint, et 12 mois d'hospitalisation pour l'enfant, sur avis du Comité Médical.

Elle est interrompue au terme maximum de la garantie Indemnité mensuelle de revenu telle que définie au paragraphe C de l'article 21.

Elle est versée sous réserve de la réception d'un bulletin de séjour hospitalier, justifiant la date d'entrée ainsi que la durée d'hospitalisation ou la date de sortie.

Cette garantie cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge légal de départ à la retraite.

#### IMPORTANT

- L'Allocation mensuelle conjoint/enfant malade n'est pas cumulable avec l'Indemnité mensuelle de revenu.
- En cas d'accident ou de maladie du conjoint de l'assuré et de l'enfant de moins de 18 ans, entraînant une hospitalisation simultanée minimale de 15 jours, une seule allocation mensuelle peut être servie.
- Il en est de même en cas d'accident ou de maladie de deux enfants ou plus entraînant une hospitalisation simultanée minimale de 15 jours.



## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### ART 25 LE CAPITAL D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Cette garantie couvre l'invalidité professionnelle totale et définitive\* survenant suite à un accident ou à une maladie.

Le capital, librement fixé aux conditions particulières, est versé lorsque le taux d'invalidité professionnelle déterminé par le Comité Médical atteint ou dépasse 66% et entraîne la cessation définitive de l'exercice professionnel.

Si l'assuré n'a pas atteint son 56<sup>ème</sup> anniversaire, le capital est versé en totalité. Au-delà, il est réduit de 1/5<sup>ème</sup> par an. A compter du 60<sup>ème</sup> anniversaire, le capital versé reste fixé à 1/5<sup>ème</sup> du montant du capital jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite de l'assuré.

Le capital est payable dès la consolidation médicale dûment constatée.

Le terme de la garantie est fixé à l'âge légal de départ à la retraite de l'assuré.

### ART 26 LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS DE LA SPHÈRE PROFESSIONNELLE

#### A - OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

En cas d'accident, de maladie ou d'agression l'assuré ou toute personne agissant en son nom doit, dans les 10 jours de la survenance de l'événement, sous peine de déchéance totale ou partielle, sauf cas fortuit ou de force majeure, aviser l'assureur par écrit, par téléphone ou par fax et lui adresser le formulaire de déclaration de sinistre remis par l'assureur, précisant notamment la nature et l'historique de la pathologie ou lésion, les circonstances de survenance, accompagné des pièces sollicitées par ce formulaire dont :

- le certificat d'arrêt de travail initial, précisant la durée de l'arrêt de travail, le caractère total ou partiel, le diagnostic ou la description des lésions ainsi que la date des 1<sup>ers</sup> signes ou symptômes, avec les éventuels comptes rendus, résultats d'examen, etc. ;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin comportant la date d'entrée et de sortie ;
- en cas d'accident/agression, le procès verbal, constat amiable, dépôt de plainte ;
- les déclarations fiscales de l'année N-1 et N-2 précisant les revenus et charges professionnels de l'assuré ;
- le Relevé d'Identité Bancaire au nom de l'assuré pour le virement des prestations.

En cas de prolongation de l'incapacité de travail, l'avis d'arrêt de travail volet 1 et les éventuels comptes rendus, résultats d'examen etc..

En cours de sinistre, vous devez nous informer en cas de reprise anticipée totale ou partielle de vos activités professionnelles.

L'assureur et/ou le médecin conseil ont la faculté de solliciter toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Le dossier comportant des éléments médicaux, doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la MACSF prévoyance.

#### B - OUVERTURE ET MAINTIEN DES DROITS À PRESTATIONS

Toute demande d'ouverture ou de reconduction de droits à prestations présentée par l'assuré est soumise pour acceptation au Comité Médical (cf. art 4) qui dispose de toutes possibilités d'instructions complémentaires, dans le respect du secret médical.

#### C - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- L'Indemnité mensuelle frais professionnels, l'Indemnité mensuelle frais professionnels plus, l'Indemnité mensuelle de revenu, la garantie Invalidité plus, l'Allocation conjoint/enfant malade.

Ces prestations sont payables par virement automatique à terme échu (le premier de chaque mois et/ou au terme de l'arrêt de travail ou de l'hospitalisation pour l'allocation conjoint/enfant malade), sous réserve que toutes les pièces justificatives médicales ou administratives nécessaires à la prise en charge ou à la prolongation du service des indemnités mensuelles ou de l'allocation conjoint/enfant malade soient adressées à l'assureur avant le 20 du mois précédent.

Les dimanches et jours fériés sont indemnisés.

#### Clause d'ajustabilité :

L'indemnisation au titre des indemnités mensuelles s'effectue sur la base des montants de garantie prévus à la convention souscrite fixés aux conditions particulières dès lors que la moyenne mensuelle du revenu d'activité et des frais professionnels de l'assuré figurant au sein des déclarations fiscales des deux années précédant le jour de l'arrêt de travail s'inscrit dans une fourchette de plus ou moins 20% de ces montants de garantie.

Si cette moyenne est supérieure de plus de 20% aux garanties souscrites, l'assureur indemnise sur la base des indemnités mensuelles souscrites.

Si cette moyenne est inférieure de plus de 20% aux garanties souscrites, l'assureur indemnise sur la base de la moyenne mensuelle du revenu d'activité et des frais professionnels figurant au sein des déclarations fiscales des deux dernières années.

L'Indemnité mensuelle frais professionnels plus est versée dans la limite des frais professionnels subsistants visés à l'article 20 B.

Par ailleurs, l'assureur propose corrélativement à l'assuré la convention adaptée aux revenus constatés.

Pour s'assurer de cette adéquation, l'assureur se réserve la faculté de demander à tout moment à l'assuré la copie des déclarations fiscales des deux années précédant l'arrêt de travail.

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

Le refus de communication des déclarations fiscales par l'assuré entraîne la suspension du règlement des Indemnités mensuelles de revenu et frais professionnels.

- **Le Capital d'invalidité professionnelle** : ce capital est payable dans les 15 jours qui suivent l'accord du Comité Médical.

### D - SUBROGATION DE L'ASSUREUR

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable du sinistre pour le remboursement des indemnités mensuelles qu'il a versées, liés à cet évènement.

## TITRE IV - DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT GROUPE

### 1. Les statuts de l'association souscriptrice

Les statuts, le règlement intérieur ainsi que la liste des membres du Conseil d'Administration de l'association souscriptrice sont disponibles pour l'assuré sur simple demande par courrier au siège de l'association souscriptrice, situé 54 rue Ampère, 75017 PARIS.

Les statuts prévoient notamment :

- l'objet de l'association souscriptrice et les coordonnées de son siège social,
- l'établissement par le Conseil d'Administration de l'association souscriptrice d'un rapport annuel sur le fonctionnement du contrat groupe qui est à disposition des adhérents,
- la tenue, au moins une fois par an, d'une assemblée générale et les modalités d'exercice du droit de vote des adhérents,
- les conditions financières du bon fonctionnement de l'association souscriptrice et sa situation comptable.

### 2. Le mandat spécial de gestion et d'information donné par le/les souscripteurs à l'assureur

En application d'un mandat spécial annuellement reconductible, pour une durée équivalente à celle du contrat collectif lui-même dont il suit le régime, l'assureur est chargé par l'association souscriptrice et tout autre co-souscripteur de la gestion générale du contrat groupe, ainsi que de l'information individuelle des assurés, notamment sur l'évolution des dispositions contractuelles.

#### • L'information

Elle concerne :

- la communication des statuts et du règlement intérieur de l'association souscriptrice,
- la communication des noms, profession et fonction des membres de son conseil d'administration, selon les modalités définies au 1,
- les modalités d'adoption et du contenu des avenants modificatifs du contrat groupe,
- les conditions et les conséquences de la résiliation du contrat groupe.

#### • Les modalités d'adoption des avenants modificatifs du contrat groupe.

Indépendamment de la revalorisation des cotisations, garanties et prestations définie à l'article 10, les droits des assurés peuvent être modifiés par avenant entre le/les souscripteur(s) et l'assureur, voté en assemblée générale des membres de l'association souscriptrice.

Ces aménagements peuvent notamment intervenir dans les cas suivants :

- évolution du cadre législatif, réglementaire ou fiscal,
- évolution des régimes obligatoires de prévoyance,
- évolution des besoins spécifiques du groupe assuré en matière de garanties,
- évolution de la composition démographique du groupe assuré,
- résultats techniques du contrat,
- évolution des conditions de la réassurance.

Par ailleurs, le contrat est susceptible d'être modifié de plein droit par l'effet de dispositions législatives ou réglementaires.

#### • L'application des avenants modificatifs du contrat groupe

Tout aménagement du contrat groupe fait l'objet d'une information individuelle auprès de chaque adhérent au contrat groupe, 3 mois avant son entrée en vigueur, le cas échéant via le journal d'information « Info prévoyance ».

Tout aménagement est applicable à l'ensemble des adhésions en cours à la date d'effet de l'avenant, à l'exclusion des sinistres en cours d'indemnisation ou survenus avant la date d'effet de l'avenant, qui demeurent régis par les dispositions contractuelles antérieures à l'avenant.

### 3. Les conditions et conséquences de la résiliation du contrat groupe

La résiliation du contrat groupe intervient de plein droit dans deux cas :

- dissolution ou cessation d'activité du souscripteur,
- retrait de l'agrément de l'assureur par l'ACPR.

L'association souscriptrice et l'assureur peuvent également résilier le contrat groupe le 31 décembre de chaque année, avec un préavis de 3 mois notifié par lettre recommandée.

Conformément à l'article 7 de la loi du 31/12/1989 :

- le non renouvellement ou la résiliation du contrat groupe, même par dissolution, est sans effet sur versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution,
- en cas de résiliation du contrat groupe, l'assureur s'engage à proposer individuellement à chaque assuré le maintien des garanties de même nature que celles dont il disposait précédemment.

Si un co-souscripteur met fin à sa co-souscription au contrat groupe, ce dernier se poursuit entre l'association souscriptrice, tout autre co-souscripteur non résiliant et l'assureur.

Il est expressément prévu entre les parties que l'exercice du droit de résiliation par un co-souscripteur n'entraîne aucun droit acquis d'exercer la résiliation pour le/les co-souscripteurs subsistant(s).

# NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

## PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### ANNEXE 1 - CRITERES SPECIFIQUES D'ADHESION

ÂGES LIMITES : ADHÉSION - ADJONCTION ET AUGMENTATION DE GARANTIES

Adhésion		veille du 57 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré
Adhésion ou adjonction de la Garantie Rente de conjoint (les conditions d'âge de l'assuré et du conjoint sont cumulatives)	Garantie de base	veille du 65 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré et veille du 55 <sup>ème</sup> anniversaire du conjoint
	Option rente viagère	veille du 65 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré et veille du 60 <sup>ème</sup> anniversaire du conjoint
Adjonction de garanties, augmentation de garanties (cf. art 3A)	Sphère privée	veille du 65 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré
	Sphère professionnelle	veille du 57 <sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré

Au-delà des âges indiqués, seule une diminution ou une suppression des garanties est possible.

### ANNEXE 2 - BARÈME D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Aliénation mentale incurable .....	100
Hémiplégie définitive .....	100
Cécité complète .....	100
<b>TÊTE</b>	
Épilepsies jacksonniennes suivant fréquence et intensité .....	30 à 100
Troubles de l'équilibre .....	30 à 100
Brèche osseuse crânienne avec perte de substance et suivant conséquences fonctionnelles .....	20 à 70
<b>YEUX</b>	
Perte de la vision d'un œil.....	100
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 1/20 .....	50 à 80
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 1/10 .....	40 à 50
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 2/10 .....	30 à 40
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 3/10 .....	20 à 30
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 4/10 .....	15 à 20
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 5/10 .....	6 à 15
Orbite (altération des nerfs moteurs et sensitifs).....	10 à 30
<b>OREILLES</b>	
Surdité complète non corrigible bilatérale .....	100
Surdité complète non corrigible unilatérale .....	40
Troubles labyrinthiques .....	10 à 50
<b>NEZ</b>	
Déviations de cloison .....	5
Sténose d'une narine.....	5
<b>MAXILLAIRE SUPÉRIEUR (Fracture du)</b>	
Suivant degré de déformation de l'articulé dentaire .....	0 à 60
<b>MAXILLAIRE INFÉRIEUR (Fracture du)</b>	
Suivant degré de déformation de l'articulé dentaire .....	0 à 60
Constriction des mâchoires.....	10 à 70
Perte Totale de la langue.....	100
Perte Partielle de la langue .....	0 à 70
<b>RACHIS</b>	
1- Rachis cervical	
- avec fracture atlas ou axis.....	25 à 55
- fracture vertèbre cervicale ou luxation non réductible (suivant troubles nerveux) .....	10 à 50
2- Rachis dorsal	
- fracture d'apophyses .....	0 à 35
- fracture du corps vertébral sans lésion sous-jacente .....	10 à 30
- fracture avec troubles névritiques .....	20 à 60
- fracture avec lésions médullaires permanentes.....	50 à 100
3- Sacrum	
- fracture sans déplacement ni lésion nerveuse.....	20
- fracture avec déplacement et lésion nerveuse .....	20 à 50
4- Coccyx	
- fracture avec déplacement.....	0 à 15
5- Bassin	
- fracture ischiopubienne .....	15 à 75
- disjonction pubienne .....	10 à 25
6- Thorax	
- fracture du sternum .....	5 à 20
- fracture des côtes.....	5 à 55
- lésions péricardiques, valvulaires, myocardiques, traumatiques .....	20 à 80

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### ABDOMEN

Splénectomie.....	10 à 50
Cicatrices de parois abdominales (éventration).....	10 à 40

### APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Néphrectomie avec second rein normal .....	20 à 35
Urètre (rupture d'urètre) avec perte du rein .....	20 à 45
Rupture de la vessie.....	15 à 60
Cystite chronique.....	10 à 40
Fistule vésicale.....	20 à 60

### MEMBRES SUPÉRIEURS

	Droit	Gauche
Perte complète du bras ou de l'usage du bras .....	100	100
Désarticulation du coude ou perte de l'usage du coude .....	100	100
Désarticulation de l'épaule ou perte de l'usage de l'épaule .....	100	100
Limitation des mouvements de l'épaule .....	15 à 80	15 à 80
Ankylose complète d'un membre supérieur .....	100	100
Ankylose complète du coude .....	100	100
Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible) .....	100	100
Fracture de l'avant bras avec perte partielle des mouvements du poignet.....	30 à 100	30 à 100
Perte complète des mouvements du poignet avec ankylose des doigts.....	100	100
Perte complète des mouvements du poignet en bonne position avec doigts mobiles .....	60	50
Paralysie totale d'un membre supérieur .....	100	100
Paralysie totale du plexus brachial .....	100	100
Paralysie totale du nerf circonflexe.....	80	80
Paralysie totale du nerf médian du bras .....	100	100
Paralysie totale du nerf médian du poignet .....	40	30
Paralysie totale du nerf cubital au coude .....	85	65
Paralysie totale du nerf cubital au poignet .....	55	40
Paralysie totale du nerf radial au-dessus du triceps.....	100	100
Paralysie totale du nerf radial au-dessous du triceps.....	85	65
Perte complète de la main (désarticulation radiocarpienne) .....	100	100
Perte complète du pouce .....	100	100
Perte complète de l'index .....	100	100
Perte complète du médius.....	100	100
Perte complète de l'annulaire .....	10 à 30	20
Perte complète de l'auriculaire.....	10 à 20	10
Perte complète de la phalange unguéale du pouce .....	100	100
Perte complète de la phalangette de l'index .....	30 à 50	30 à 50
Perte complète de la phalangette du médius .....	30	25
Perte complète de la phalangette de l'annulaire .....	15	10
Perte complète de la phalangette de l'auriculaire.....	5	néant
Perte de sensibilité de la dernière phalangette du pouce ou de l'index .....	0 à 30	0 à 15

Toute amputation ne laissant qu'une phalangette attachée à la main sera considérée comme équivalente à la perte totale du doigt correspondant.

Si l'assuré, en souscrivant, s'est déclaré gaucher, les désignations "gauche" et "droite" seront inversées.

L'ankylose du pouce, des doigts, donne droit à 66 % de l'Indemnité prévue pour la perte de ces organes.

### MEMBRES INFÉRIEURS

Désarticulation de la hanche.....	100
Amputation de la cuisse au tiers supérieur .....	100
Amputation de la cuisse au-dessous du tiers supérieur .....	50 à 100
Amputation de la jambe (suivant hauteur) .....	50 à 100
Amputation du pied suivant le type de l'opération .....	30 à 60
Amputation des 5 orteils .....	20
Amputation du gros orteil.....	5
Amputation d'un autre des 4 orteils.....	3
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou de la jambe non opérable et non appareillable .....	100
Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe appareillable .....	30 à 70
Ankylose de la hanche en position défavorable .....	100
Ankylose de la hanche en position favorable.....	50 à 70
Ankylose du genou en position défavorable.....	40 à 70
Ankylose du genou en position favorable .....	20 à 50
Ankylose du pied.....	20
Fracture non consolidée de la rotule .....	10 à 70
Fracture de la jambe et fracture malléolaire.....	10 à 50
Fracture du col du fémur suivant raccourcissement et suivant gêne fonctionnelle .....	20 à 60
Paralysie totale et absolue du membre inférieur .....	100
Paralysie totale du nerf sciatique.....	50
Paralysie totale du nerf crural.....	50
Paralysie totale du poplité externe .....	20 à 40
Paralysie totale du poplité interne .....	15 à 30
Paralysie totale du nerf tibial postérieur .....	10 à 20

### ANNEXE 3 - SERVICES D'AIDE A LA PERSONNE

Extrait de la convention N°2545 du 16 novembre 2018 entre MACSF assurances et IMA SERVICES, Société par Actions Simplifiée Unipersonnelle au capital de 3 553 329 euros dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 430.336.552. Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par IMA SERVICES, ci-après dénommée MACSF assistance.

#### A - CONDITIONS D'APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations d'assistance ne peuvent être mises en œuvre qu'avec l'accord préalable de MACSF assistance.

MACSF assistance intervient 24h/24 7j/7 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

Depuis la France métropolitaine : **3233**   
Depuis l'étranger : +33 1 71 14 32 33

#### 1. Intervention et application des prestations

La garantie prend effet à compter de la date d'adhésion figurant au sein des conditions particulières ou de l'avenant établissant son insertion.

Ces prestations n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces prestations est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, MACSF assistance se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

La prestation « aide-ménagère à domicile ou auxiliaire de vie » est mise en place soit dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, soit au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

L'urgence, qui justifie l'intervention de MACSF assistance, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par MACSF assistance ou en accord préalable avec elle.

MACSF assistance ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, MACSF assistance pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

S'il s'agit de l'employé qui s'occupe habituellement des tâches quotidiennes, de la garde des enfants ou des personnes dépendantes, des animaux ou encore du soutien scolaire des enfants, MACSF assistance procède au remboursement des frais supplémentaires sur présentation des justificatifs correspondants (CESU, fiche de salaire, copie du chèque ou bordereau de virement de salaire), dans la limite du nombre d'heures évalué par MACSF assistance et des frais que MACSF assistance aurait engagés selon les conditions définies au sein de la prestation.

Le montant du remboursement prend en compte le crédit d'impôt de 50 % de la dépense supportée appliqué aux services à la personne.

Dès lors que certaines prestations ne peuvent être mises en œuvre par MACSF assistance en outre-mer, elles sont prises en charge par MACSF assistance dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. **Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable de MACSF assistance et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.**

#### 2. Faits générateurs

Les prestations d'assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit d'hospitalisation et entraînant une immobilisation au domicile,
- d'accouchement entraînant un séjour à la maternité ou d'accouchement à domicile ou en maison de naissance,
- de survenance d'une affection de longue durée,
- de décès,
- d'évènement traumatisant,
- d'agression ou de menace dans le cadre de l'activité professionnelle.

dans les conditions spécifiées à chaque article.

#### 3. Territorialité

Les prestations d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) ainsi que dans les départements et régions d'Outre-Mer.

Le transport de bénéficiaires ou de proches par le moyen le plus adapté, prévu pour certaines prestations, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine
- Si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

Les prestations en cas de décès s'appliquent pour tout décès survenus tant en France qu'à l'étranger.

La prestation Frais médicaux et d'hospitalisation est accordée pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours effectué à l'étranger.

#### 4. Pièces justificatives

MACSF assistance se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des prestations (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat d'invalidité ...).

### B - VIE DU CONTRAT

#### 1. Durée des prestations

Les prestations s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Plan de Prévoyance » souscrit par l'adhérent auprès de la MACSF.

#### 2. Résiliation

Les prestations d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de la MACSF pour tout évènement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par la MACSF auprès de la MACSF assistance. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par la MACSF assistance.

#### 3. Protection des données personnelles

Les dispositions relatives aux données personnelles sont précisées à l'article 14 de la présente notice d'information valant conditions générales.

Parmi les données recueillies par MACSF assistance, il y a :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec la prestation d'assistance.

Les données nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance sont transmises aux prestataires de MACSF chargés de l'exécution de ces prestations, en particulier MACSF assistance, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'évènement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par MACSF assistance pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

### C - LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES PRESTATIONS

#### 1. Fausse déclaration

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraîne la perte du droit à prestation.

#### 2. Force majeure

MACSF assistance ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

#### 3. Exclusions

##### Sont exclus :

- les demandes de remboursement sans présentation de justificatifs,
- les maladies ou accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- les conséquences d'une tentative de suicide,
- les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et d'alcools,
- les accidents liés à la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée,
- les séjours en maison de repos et cures thermales,
- les interventions à caractère esthétique,
- l'immobilisation pour état pathologique résultant de la grossesse, correspondant à la période supplémentaire de congé de deux semaines (14 jours maximum consécutifs ou non) avant le début du congé prénatal.

Ainsi que les conséquences des risques graves et sériels :

Qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou locales du pays où le bénéficiaire séjourne.

### D - Définitions

#### *Accident corporel*

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### *Adhérent*

Personne physique ayant souscrit un contrat « Plan de prévoyance » auprès de la MACSF.

### *Affection de longue durée*

Maladie reconnue comme affection de longue durée (par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe 3 catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les affections dites "hors liste" : maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois ;
- par extension, sont considérées comme des Affections de longue durée les pathologies nécessitant un traitement de chimiothérapie et de radiothérapie.

### *Agression*

Attaque brutale et soudaine dans le cadre de l'activité professionnelle et faisant l'objet d'une plainte.

### *Animaux domestiques*

Chiens **à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense)**, Chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

### *Bénéficiaires des prestations d'assistance à domicile*

- l'adhérent
- son conjoint : époux, concubin, ou cosignataire de PACS, non séparés,
- leurs enfants âgés de moins de 26 ans fiscalement à charge ou handicapés sans limite d'âge. En cas de séparation des parents, les enfants dont la résidence est fixée en alternance au domicile de chacun des parents (garde alternée) ou au domicile de l'un d'eux (avec un droit de visite et d'hébergement) sont également assurés,
- les personnes dépendantes et vivants sous le même toit que l'adhérent.
- le personnel de l'adhérent pour certaines prestations en cas d'agression dans le cadre de l'activité professionnelle.

### *Centre de convalescence*

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

### *Chirurgie ambulatoire*

Acte chirurgical en parcours ambulatoire réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

### *Domicile*

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

### *Etat pathologique résultant de la grossesse*

Se caractérise par une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique.

### *Etranger*

Tout pays autre que la France.

### *Evénement traumatisant*

Evènement ressenti comme traumatisant tel que accident, maladie grave, décès, ...

### *France*

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) ainsi que les départements et régions d'Outre-Mer.

### *Hospitalisation*

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

Le séjour en maternité, en maison de naissance et l'accouchement à domicile sont considérés comme une hospitalisation.

### *Hospitalisation imprévue*

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 3 mois qui la précèdent.

### *Hospitalisation programmée*

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 3 mois.

### *Immobilisation*

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente. L'état pathologique résultant de la grossesse est considéré comme une immobilisation.

### *Immobilisation imprévue*

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. Se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

L'état pathologique résultant de la grossesse est considéré comme une immobilisation.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### *Intervention chirurgicale*

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

### *Invalidité*

État d'invalidité fonctionnelle totale et définitive lorsqu'il est devenu incapable de se livrer à une quelconque occupation ou à un quelconque travail lui procurant gain ou profit, et doit recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les besoins de la vie courante (catégorie 3 de la sécurité sociale).

### *Maladie*

**En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :**

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

**En cas d'hospitalisation programmée :**

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

### *Menace*

Parole ou comportement par lesquels on indique à quelqu'un qu'on a l'intention de lui nuire, de lui faire du mal ou de le contraindre à agir contre son gré.

### *Personne dépendante*

Proche dépendant vivant sous le même toit que l'adhérent.

### *Petit-enfant*

Enfant de moins de 16 ans dont la garde temporaire a été confiée à l'adhérent grand-parent.

### *Proche*

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit.

### *Taches quotidiennes*

Le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

## E - LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

### 1. Les prestations accessibles dès la souscription

#### *a) Informations sociales*

**En cas de besoin sur des informations à caractère social,** MACSF assistance oriente le bénéficiaire vers les services appropriés ou bien recherche pour lui et lui communique les informations souhaitées.

#### *b) Conseil social*

**En cas de besoin d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux,** MACSF organise et prend en charge **jusqu'à 5 entretiens téléphoniques** avec un Travailleur Social, **sur une période de 12 mois.**

Il évalue les besoins du bénéficiaire, identifie ses priorités et lui propose des solutions adaptées.

Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

#### *c) Informations juridiques*

En cas de question d'ordre juridique, MACSF assistance met ses juristes à la disposition du bénéficiaire pour lui apporter, par téléphone, des réponses en matière de droit français dans des domaines suivants : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger... Ce service est accessible du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés.

#### *d) Informations médicales*

**En cas de demande d'informations et de conseils médicaux, hors urgence médicale,** une équipe médicale renseigne le bénéficiaire, dans les 48h, sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux...

**Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.**  
**En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.**

#### *e) Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical*

**En cas d'absence ou d'indisponibilité de son médecin traitant,** si le bénéficiaire a besoin d'un médecin, **hors urgence médicale,** MACSF assistance lui communique les coordonnées d'un médecin et peut même, en cas de besoin et en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, lui communiquer les coordonnées d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux.

#### *f) Aide pratique aux actes de la vie courante*

**En cas de besoin du bénéficiaire d'être aidé dans ses actes du quotidien,** MACSF assistance met à sa disposition une palette de services et organise par téléphone à sa demande :

- des soins à domicile (garde malade, infirmière, kinésithérapeute...).
- une aide aux tâches domestiques (courses, entretien du linge, portage de repas, coiffeur à domicile, petits travaux d'appoint...).

**Les frais de déplacement et honoraires du personnel mandaté restent à la charge du bénéficiaire.**

MACSF assistance peut également lui indiquer les coordonnées d'organismes fournissant à domicile des soins médicaux, des services repas, des soins esthétiques...

MACSF assistance peut enfin se charger de rechercher de façon ponctuelle une personne pour : effectuer une démarche administrative, faire des courses, accompagner le bénéficiaire lors d'une visite médicale.



## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

Ces interventions restent à la charge du bénéficiaire.

MACSF assistance ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou faute du personnel contacté.

### 2. En cas d'hospitalisation, d'immobilisation ou de chirurgie ambulatoire

Si le bénéficiaire ou son conjoint font l'objet :

- d'une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU d'une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours.
- OU d'une chirurgie ambulatoire ou une intervention chirurgicale comprenant une nuit d'hospitalisation et entraînant une immobilisation au domicile de plus de 5 jours,

ils peuvent bénéficier de l'assistance.

MACSF assistance peut organiser et prendre en charge les prestations décrites aux paragraphes a) i) dans les conditions détaillées ci-après.

Pour les paragraphes j) et k), les conditions d'application sont spécifiées à chaque article.

#### a) Aide-ménagère à domicile ou auxiliaire de vie

La venue d'une aide au domicile du bénéficiaire pour réaliser des tâches quotidiennes ou d'une auxiliaire de vie, selon le besoin est prise en charge.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 40 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours suivant l'événement.

#### b) Prise en charge des enfants\*

##### • Déplacement ou transfert

Sont pris en charge :

- Le déplacement d'un proche aller - retour pour garder les enfants du bénéficiaire au domicile
- OU le transfert aller - retour des enfants du bénéficiaire ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, (train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique), auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MACSF assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants du bénéficiaire par l'un de ses prestataires.

##### • La garde des enfants

Si aucune de ces solutions ne convient, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour de vos enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.

\* Par enfant, nous entendons, les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge.

#### c) Prise en charge des personnes dépendantes

##### • Déplacement ou transfert

Sont pris en charge :

- Le déplacement d'un proche aller et retour en France pour garder les personnes dépendantes au domicile.
- OU le transfert aller et retour en France des personnes dépendantes auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MACSF assistance organise et prend en charge l'accompagnement des personnes dépendantes par l'un de ses prestataires.

##### • La garde des personnes dépendantes

Si aucune de ces solutions ne convient, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des personnes dépendantes au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.

#### d) Présence d'un proche au chevet

Le déplacement aller - retour d'un proche et son hébergement pour 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 60€ TTC par nuit.

#### e) Services de proximité

##### • Livraison de médicaments et/ou de petit matériel médical

MACSF assistance prend en charge la recherche des médicaments prescrits par un médecin à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de s'en charger.

Le petit matériel médical (transportable dans un véhicule de tourisme) nécessité par l'état de santé du bénéficiaire est mis à disposition dans les mêmes conditions.

La livraison est prise en charge dans la limite de 100€ TTC et le prix des médicaments et/ou du petit matériel médical demeure à la charge du bénéficiaire. Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### • Portage de repas

MACSF assistance prend en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas\* lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de les préparer lui-même ou de les faire préparer par son entourage.

Le bénéficiaire trouvera, lors de la commande, une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

La livraison est prise en charge dans la limite de 100€ TTC et le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

\* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la prestation.

### • Livraison de courses

MACSF assistance prend en charge la livraison d'une commande lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de faire les courses. Les frais de livraison sont remboursés sur présentation d'un justificatif.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, MACSF assistance organise et prend en charge la livraison par taxi.

La livraison est prise en charge dans la limite de 100€ TTC et le prix des courses demeure à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

### f) Prise en charge des animaux domestiques

MACSF assistance prend en charge le transport et l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile du bénéficiaire jusqu'à un centre agréé de proximité ou chez un proche résidant en France dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.

Les frais de transport et/ou de garde sont pris en charge pendant l'hospitalisation et pour une durée maximum de 30 jours suivant l'événement.

Cette prestation s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires et est mise en œuvre 2 fois par an et dans la limite de 2 animaux.

**Sont exclus du bénéfice de cette prestation les chiens dangereux tels que définis dans l'arrêté du 27/04/1999.**

### g) Transport

Lorsqu'un transport sur le lieu de travail, aux rendez-vous médicaux et paramédicaux, aux activités scolaires ou périscolaires des enfants à charge doit être assuré et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches du bénéficiaire, MACSF assistance organise et prend en

charge, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans la limite de 100€ TTC.

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

### h) Service de téléassistance

MACSF assistance propose un service d'aide à la sécurité du bénéficiaire et à son maintien à domicile, permettant d'obtenir un secours rapide en cas d'incident à domicile ainsi que des services complémentaires.

Le contenu et les modalités d'application de ce service font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément. Les frais inhérents à ce service restent à la charge du bénéficiaire.

### i) Prestations de bien-être

MACSF assistance rembourse sur facture dans la limite de 50€ TTC les services suivants : esthéticienne, coiffeur, prothésiste capillaire, y compris ceux réalisés à domicile, dans l'année suivant l'événement.

Ces prestations sont remboursées dans la limite de 2 fois par an.

### j) Fermeture du domicile ou du local professionnel quitté en urgence

Si le bénéficiaire ou son conjoint est hospitalisé de façon imprévue plus de 2 jours suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, en l'absence d'un proche présent localement, MACSF assistance organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation du bénéficiaire ou son local professionnel soient aptes à rester fermés pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

- la fermeture des accès de l'habitation ou du local professionnel : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur de l'habitation ou du local professionnel: lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention du bénéficiaire ou de celle de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation ou du local professionnel et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

MACSF assistance intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation ou du local professionnel.

Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, MACSF assistance organise et prend en charge, dans la limite de 100€ TTC, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

### *k) Préparation du retour au domicile*

Si le bénéficiaire ou son conjoint est hospitalisé de façon imprévue plus de 14 jours suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, en l'absence d'un proche présent localement, MACSF assistance organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,
- Le ménage,
- Les courses. Le coût des courses demeure à la charge du bénéficiaire.

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention du bénéficiaire ou de celle de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

MACSF assistance intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, MACSF assistance organise et prend en charge, dans la limite de 100€ TTC, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il a été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour de votre retour à domicile.

### **3. En cas de maladie ou d'accident au domicile ou au local professionnel**

#### *Transport à l'hôpital*

En cas de besoin d'aide et de conseils pour se rendre à l'hôpital, outre les secours de première urgence auxquels le bénéficiaire doit faire appel en priorité, MACSF assistance peut apporter son aide ou ses conseils dans l'organisation du transport aller et retour à l'hôpital par le moyen le plus approprié dans un rayon de 100 km autour du domicile ou du local professionnel avec prise en charge en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de tout autre organisme d'assurance maladie complémentaire.

### **4. En cas d'invalidité**

#### *Bilan habitat vie*

Si le bénéficiaire ou son conjoint se retrouve en situation d'invalidité suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, et s'ils ont besoin des conseils d'experts pour faciliter le quotidien dans le logement, MACSF assistance organise (sans prendre en charge) un bilan téléphonique avec un ergothérapeute

permettant d'apporter un conseil, de préconiser, de proposer, d'aider à l'organisation pratique :

- Conseils généraux sur les équipements, les possibilités d'aménagement / mise en accessibilité d'une pièce ou d'un logement, le réseau de proximité...
- Réponses aux problématiques et interrogations du bénéficiaire,
- Aide à la réflexion pour la proposition d'une organisation temporaire...

### **5. En cas d'accouchement**

Le bénéficiaire peut contacter l'assistance en cas d'accouchement du bénéficiaire ou de son conjoint entraînant un séjour en maternité ou en cas d'accouchement à domicile ou en maison de naissance.

#### **a) Séjour en maternité de moins de 6 jours ou accouchement à domicile ou en maison de naissance**

##### **• Aide ménagère à domicile ou auxiliaire de vie**

MACSF assistance prend en charge la venue d'une aide au domicile pour réaliser des tâches quotidiennes ou d'une auxiliaire de vie, selon le besoin.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 12 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours suivant l'événement.

Cette prestation n'est pas cumulable avec celle de l'article 5 b).

#### **b) Séjour en maternité de plus de 6 jours**

##### **• Aide ménagère à domicile ou auxiliaire de vie**

MACSF assistance prend en charge la venue d'une aide au domicile pour réaliser des tâches quotidiennes ou d'une auxiliaire de vie, selon le besoin.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 40 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours suivant l'événement.

Cette prestation n'est pas cumulable avec celle de l'article 5 a).

##### **• Présence d'un proche au chevet**

Le déplacement aller - retour d'un proche et son hébergement pour 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 60 € TTC par nuit.

### **6. Enfants blessés ou malades**

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un enfant du bénéficiaire, si le bénéficiaire a besoin d'un relai pour veiller sur cet enfant ou une autre personne, il peut contacter MACSF assistance dans les cas suivants :

- une hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures d'un enfant pour les articles 6 b) et 6 c),

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

- une immobilisation imprévue de plus de 5 jours au domicile d'un enfant pour l'article 6 a)
- une immobilisation imprévue de plus de 15 jours d'un enfant pour l'article 6 d)

### a) Prise en charge des enfants\*

MACSF assistance organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- **Le déplacement d'un proche** aller - retour pour garder les enfants au domicile.
- **OU la garde de jour des enfants.**

Si cette solution ne convient pas, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

**Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.**

\* Par enfant, nous entendons, les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge.

### b) Garde des autres enfants\* valides

- **Déplacement ou transfert**

MACSF assistance organise et prend en charge :

- **Le déplacement d'un proche** aller - retour (train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique) pour garder les autres enfants du bénéficiaire au domicile.
- **OU le transfert aller - retour des enfants** du bénéficiaire ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, (train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique), auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MACSF assistance organise et prend en charge l'accompagnement des enfants du bénéficiaire par l'un de ses prestataires.

- **La garde des enfants**

Si aucune de ces solutions ne convient, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des enfants du bénéficiaire au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

**Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.**

\* Par enfant, nous entendons, les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge.

### c) Prise en charge des personnes dépendantes

- **Déplacement ou transfert**

MACSF assistance organise et prend en charge :

- **Le déplacement d'un proche** aller et retour en France pour garder les personnes dépendantes au domicile.
- **OU Le transfert aller et retour en France** des personnes dépendantes auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MACSF assistance organise et prend en charge l'accompagnement des personnes dépendantes par l'un de ses prestataires.

- **La garde des personnes dépendantes**

Si aucune de ces solutions ne convient, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des personnes dépendantes au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

**Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.**

### d) Soutien scolaire en ligne ou à domicile

#### Soutien scolaire en ligne

MACSF assistance prend en charge l'accès à un site de cours en ligne, adaptés au niveau scolaire de l'enfant de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Le site propose des cours pour les enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), **sur une durée maximale de 6 mois.**

#### OU

#### Soutien scolaire à domicile

MACSF assistance organise et prend en charge, pendant l'année scolaire en cours, un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile ou en milieu hospitalier sur accord des médecins, adaptés au niveau scolaire de votre enfant de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation.

Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, **jusqu'à 3 heures par jour, dans la limite de 10 heures par semaine sur une durée maximale de 10 semaines** suivant l'événement.

## 7. En cas d'affection de longue durée

Si le bénéficiaire ou son conjoint est atteint d'une affection longue durée, il peut bénéficier de l'assistance.

### a) Aide-ménagère à domicile ou auxiliaire de vie

La venue d'une aide au domicile du bénéficiaire pour réaliser des tâches quotidiennes ou d'une auxiliaire de vie, selon le besoin est prise en charge.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

**Le nombre d'heures attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 12 mois suivant l'événement.**

### b) Transport

Lorsqu'un transport sur le lieu de travail, aux rendez-vous médicaux et paramédicaux, aux activités scolaires ou périscolaires des enfants à charge doit être assuré et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

du bénéficiaire, MACSF assistance organise et prend en charge, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans la limite de 100€ TTC.

**Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.**

### c) Services de proximité

- Livraison de médicaments et/ou de petit matériel médical

MACSF assistance prend en charge la recherche des médicaments prescrits par un médecin à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de s'en charger.

Le petit matériel médical (transportable dans un véhicule de tourisme) nécessité par l'état de santé du bénéficiaire est mis à disposition dans les mêmes conditions.

**La livraison est prise en charge dans la limite de 100€ TTC et le prix des médicaments et/ou du petit matériel médical demeure à la charge du bénéficiaire.**

**Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.**

### • Portage de repas

MACSF assistance prend en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas\* lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de les préparer lui-même ou de les faire préparer par son entourage.

Le bénéficiaire trouvera, lors de la commande, une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

**La livraison est prise en charge dans la limite de 100€ TTC et le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.**

**Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.**

\* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la prestation.

### • Livraison de courses

MACSF assistance prend en charge la livraison d'une commande lorsque le bénéficiaire, son conjoint, ou un de ses proches n'est pas en mesure de faire les courses. Les frais de livraison sont remboursés sur présentation d'un justificatif.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, MACSF assistance organise et prend en charge la livraison par taxi.

**La livraison est prise en charge dans la limite de 100€ TTC et le prix des courses demeure à la charge du bénéficiaire.**

**Cette prestation est mise en œuvre dans la limite de 2 fois par an.**

### d) Prestations de bien-être

MACSF assistance rembourse sur facture dans la limite de 50€ TTC les services suivants : esthéticienne, coiffeur, prothésiste capillaire, y compris ceux réalisés à domicile, dans l'année suivant l'événement.

**Ces prestations sont remboursées dans la limite de 2 fois par an.**

### e) Aide au retour à la vie professionnelle

**Si l'affection longue durée (médicalement constatée), a entraîné un arrêt de travail de plus de 2 mois et des séquelles rendant difficile la réintégration dans la fonction actuelle et que l'adhérent n'est plus physiquement en mesure de reprendre définitivement tout ou partie de son activité professionnelle, MACSF assistance propose une aide au retour à l'emploi.**

Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

- Recueil de données et analyse de la situation professionnelle,
- Informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, aide à la réflexion et à la décision.

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 24 mois suivant l'événement.

### f) Accompagnement social - Bilan de situation

MACSF assistance organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social, pour évaluer les besoins d'aide et d'accompagnement, en prenant en compte les problématiques du bénéficiaire:

- Diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance,
- Aide à la réflexion et à la décision,
- Choix du lieu de vie,
- Recherche des aides financières possibles,
- Identification des ressources locales (accueil de jours, associations...),
- Mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- Identification des priorités et envoi d'une synthèse avec des préconisations personnalisées sur la situation.

Si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

## 8. Événement traumatisant

### Soutien psychologique vie privée / vie professionnelle

Si un événement ressenti comme traumatisant par l'adhérent ou l'un des bénéficiaires nécessite l'accompagnement d'un expert, MACSF assistance organise et prend en charge selon la situation jusqu'à 3 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

L'entretien téléphonique vise à proposer une orientation vers les dispositifs adaptés (psychiatre, psychologue spécialisé, association...) si le psychologue le juge nécessaire. Dans ce cas, MACSF assistance organise et prend en charge jusqu'à 12 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien dans la limite de 80€ TTC par entretien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La prestation est accessible 24h sur 24.

### 9. En cas d'agression ou de menace dans le cadre de l'activité professionnelle

#### a) Taxi mobilité

Afin de permettre le transport de l'adhérent, ou celui de son personnel, jusqu'au commissariat le plus proche, MACSF assistance organise et prend en charge, un trajet non médicalisé aller, par taxi, à partir du domicile ou du lieu de travail dans la limite de 40€ TTC.

#### b) Transport sur le lieu de travail (hors arrêt de travail)

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches de l'adhérent, MACSF assistance organise et prend en charge le transport non médicalisé aller-retour en taxi (domicile-travail / travail-domicile) sur une période de 7 jours, suivant le dépôt de plainte, dans la limite de 150€ TTC par événement.

#### c) Transport à l'hôpital

Hors urgence médicale, afin de permettre le transport de l'adhérent, ou celui de son personnel, jusqu'au centre de soins le plus proche et, outre les secours de première urgence à contacter en priorité, MACSF assistance organise et prend en charge, un trajet non médicalisé aller par taxi.

Le trajet retour au domicile est mis en place dans les mêmes conditions et dans la limite de 40€ TTC.

#### d) Prise en charge des enfants\*

Dans les 4 jours suivant le dépôt de plainte, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des enfants de l'adhérent, et/ou de ceux de son personnel, au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le nombre d'heures attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 14 heures, réparties sur une période maximale de 4 jours suivant l'événement.

#### e) Conduite à l'école et retour au domicile des enfants\*

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, MACSF assistance organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants de l'adhérent, et/ou de ceux de son personnel, au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis dans les 7 jours suivant l'événement.

La prestation est limitée à 150€ TTC par événement.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

\* Par enfant, nous entendons, les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge.

#### f) Présence d'un proche au chevet

MACSF assistance organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche de l'adhérent, et/ou d'un proche de son personnel.

MACSF assistance organise également et prend en charge son hébergement pour 3 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 60 € TTC par nuit.

#### g) Serrurerie

En cas de vol de clés, ou de serrure forcée du local professionnel, MACSF assistance organise et prend en charge dans la limite de 100€ TTC l'intervention d'un serrurier pour effectuer les réparations nécessaires.

#### h) Gardiennage

Lorsqu'il n'est pas possible de sécuriser immédiatement le local professionnel, MACSF assistance missionne un prestataire pour la mise en place du gardiennage pour une durée de 72 heures maximum.

#### i) Nettoyage

MACSF assistance organise et prend en charge la venue d'une entreprise de nettoyage afin de remettre en état le local professionnel dégradé.

Le nombre d'heures attribué ne peut excéder 10 heures dans les 3 jours suivant le dépôt de plainte.

Cette prestation est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

### 10. En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible lors d'un déplacement à l'étranger

#### Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

MACSF assistance, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, prend en charge, éducation faite d'une franchise de 30€ TTC, les frais médicaux, médicaments prescrits, et frais d'hospitalisation et chirurgicaux engagés sur place à concurrence de 4 575€ TTC par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.

Ce plafond est ramené à 153€ TTC pour les soins dentaires.

Le bénéficiaire des soins s'engage à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et à transmettre à MACSF assistance les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus. Sur la base des documents présentés, MACSF assistance procède, en complément de ces organismes, au remboursement du bénéficiaire de la part non prise en charge par ces derniers, dans la limite du plafond de la garantie.

## NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

# PLAN DE PRÉVOYANCE CHIRURGIENS DENTISTES

À défaut, MACSF assistance ne pourra pas procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où aucun de ces organismes ne prendrait en charge les frais médicaux engagés, MACSF assistance rembourse le bénéficiaire des dépenses engagées dans la limite du plafond de la garantie et sous réserve que le bénéficiaire transmette à MACSF assistance préalablement les factures originales des frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes.

En tout état de cause, le bénéficiaire devra supporter l'éventuel reste à charge.

### 11. En cas de décès

MACSF assistance peut être contactée en cas de décès d'un bénéficiaire :

- à plus de 50 km du domicile pour la prestation décrite en 11 a)
- sans condition de franchise et de durée pour les prestations décrites aux autres articles.

#### a) Rapatriement de corps

MACSF assistance organise et prend en charge le transport du corps, jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine, si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, ou dans la collectivité de résidence, si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer.

La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

#### b) Prise en charge des enfants\*

MACSF assistance organise et prend en charge :

- **Le déplacement d'un proche aller - retour** pour garder les enfants au domicile.
- **OU Le transfert aller et retour en France** des personnes dépendantes auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MACSF assistance organise et prend en charge l'accompagnement des personnes dépendantes par l'un de ses prestataires.
- **OU la garde des enfants**

Si aucune de ces solutions ne convient, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour de vos enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés.

**Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.**

\* Par enfant, nous entendons, les enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge.

#### c) Prise en charge des personnes dépendantes

##### • Déplacement ou transfert

MACSF assistance organise et prend en charge :

- **Le déplacement d'un proche** aller et retour en France pour garder les personnes dépendantes au domicile.
- **OU Le transfert aller et retour en France** des personnes dépendantes auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MACSF assistance organise et prend en charge l'accompagnement des personnes dépendantes par l'un de ses prestataires.

##### • La garde des personnes dépendantes

Si aucune de ces solutions ne convient, MACSF assistance organise et prend en charge la garde de jour des personnes dépendantes au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

**Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par MACSF assistance selon la situation et ne peut excéder 30 heures sur 30 jours suivant l'événement.**

#### d) Avance de fonds

MACSF assistance peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférents dans la limite de 3 050€ TTC.

La somme avancée est remboursable dans un délai de 3 mois.

Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

### 12. Les prestations axées prévention

#### Coaching motivationnel par la plateforme médico-sociale

MACSF assistance propose d'informer et de conseiller le bénéficiaire via un coaching motivationnel dispensé par la plateforme médico-sociale.

Ce coaching se compose d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il est réalisé dans le cadre d'appels programmés dont le nombre est fonction du profil du bénéficiaire, et peut aller jusqu'à 5 appels durant une période de 6 mois.

Les principales thématiques traitées sont l'alimentation et le tabac, visant à prévenir l'apparition ou à maîtriser les facteurs de risques.

Le service de coaching motivationnel est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

**MACSF assurances** - SIREN N° 775 665 631 | **MACSF prévoyance** - SIREN n° 784 702 375  
Sociétés d'Assurances Mutuelles | Entreprises régies par le Code des Assurances  
Siège social : cours du Triangle, 10 rue de Valmy, 92800 PUTEAUX  
**Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 70400, 92919 LA DEFENSE CEDEX** | France

**APER** | Association Apolline Prévoyance Épargne Retraite | 54, rue Ampère, 75017 PARIS