

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré-contractuelle et contractuelle.

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

Le produit d'Assurance Indemnités Journalières est une garantie de Prévoyance à prestations indemnitaires. Il est destiné à maintenir tout ou partie de votre revenu professionnel en cas de cessation d'activité temporaire de l'activité de l'assuré, causée par une maladie ou un accident garanti.

✓ *Garanties systématiquement prévues au contrat.*



Qu'est-ce qui est assuré ?

Qui peut souscrire ?

Les personnes physiques âgées de 18 à 59 ans avec un statut de :

- Professionnel indépendant non salarié résidant en France métropolitaine,
- Le conjoint collaborateur ou conjoint salarié du TNS,
- Le gérant salarié.

Différents montants de souscription :

Les montants sont variables en fonction de l'activité du sociétaire : **26 € 46 € 56 € 66 € 77 € 97 € 128 € 168 €**

Les services systématiquement prévus:

- assistance (aide-ménagère en cas d'hospitalisation et autres services à domicile),
- une application de coaching santé (prévention),
- un réseau de soins spécialisé dans la chirurgie orthopédique.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les séjours de repos, en établissement médicalisé ou non, à la campagne, à la mer, à la montagne, sauf si notre médecin a donné préalablement son accord,
- ✗ Les périodes d'arrêt de travail correspondant à la fermeture annuelle du commerce, ou aux périodes de congés annuels par référence aux périodes des deux années précédentes,
- ✗ Le traitement de la stérilité, ou à l'occasion de l'aide à la procréation,
- ✗ La grossesse même pathologique ou une maternité,
- ✗ Les cures thermales, de thalassothérapie ou héliomarines,
- ✗ Les cures ou interventions chirurgicales ainsi que leurs suites et conséquences ayant pour objectif un amaigrissement ou un rajeunissement, même en milieu hospitalier,
- ✗ Les traitements esthétiques et leurs conséquences (sauf chirurgie réparatrice suite à un accident garanti),
- ✗ La faute ou au fait d'un membre d'une profession de santé ou d'un établissement de santé.



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

En plus des exclusions générales :

- ! Les conséquences des maladies ou accidents ainsi que les suites provoquées :
 - par les actes intentionnels comme la tentative de suicide ou la mutilation volontaire,
 - par la démence de l'assuré,
 - par l'alcoolisme de l'assuré, ou du fait de son état d'ivresse,
 - par l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants non prescrits médicalement,
- ! Les conséquences des maladies ou infirmités exclues aux Conditions Particulières,
- ! Les conséquences des états pathologiques et des antécédents médicaux non déclarés à l'adhésion et connus de l'assuré.

Les principales restrictions :

Durée maximale d'indemnisation :

- 365 jours pour une affection de même nature, ses rechutes et ses conséquences directes et indirectes
- 180 jours s'il s'agit de troubles d'ordre psychologiques, troubles mentaux et du comportement, états dépressifs, psychoses, névroses, lorsque l'affection n'a pas donné lieu à une hospitalisation de plus de trois semaines ininterrompues dans un service ou un établissement spécialisé en psychiatrie.

Plusieurs franchises

- IJ Accidents : franchise 2 jours
- IJ toutes causes :
 - . franchise 1 : 2 jours accidents, 7 jours pour maladie,
 - . franchise 2 : 14 jours accidents, 30 jours maladie.

Des délais d'attente

lorsqu'il ne s'agit pas d'une reprise concurrence.

- 12 mois pour les arrêts consécutifs à des troubles d'ordre psychique ou nerveux,
- 3 mois pour toutes les autres maladies,
- aucune pour les accidents.



Où suis - je couvert ?

En France métropolitaine

En Union Européenne :

- Exclusivement pour l'hospitalisation faisant suite à un accident garanti.
- Indemnisation durant 3 mois maximum



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Régler la cotisation ,
- Déclarer toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques pris en charge soit d'en créer de nouveaux,
- Prévenir de toute cessation d'activité professionnelle (retraite, vente, mise en invalidité partielle ou totale, liquidation judiciaire),
- Permettre à nos représentants de se rendre auprès de vous pour effectuer toute mission que nous leur aurions confiée.

En cas de sinistre

- Déclarer tout sinistre de nature à mettre en jeu la garantie dans les 5 jours de sa survenance,
- Adresser dans les cinq jours suivant notre demande, toutes pièces justificatives nous permettant d'apprécier la nature, la cause et les conséquences de l'événement.
- Vous soumettre, sauf opposition médicale justifiée, à un contrôle ou une expertise médicale chaque fois que nous le jugeons nécessaire, les frais et honoraires en découlant restant à notre charge.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Leur règlement est à effectuer à la souscription du contrat et à l'échéance annuelle. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix : Semestriel, Trimestriel, Mensuel (en 10 fois). Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire, prélèvement automatique ou chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Il est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale (1er janvier).



Comment puis-je résilier le contrat ?

- à la date d'échéance principale du contrat, par une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, par une lettre recommandée dans les 15 jours qui suivent l'échéance du 1er janvier,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire,