

Assurance Prévoyance Professionnelle

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MAPA ASSURANCES- Société d'assurance Mutuelle régie par le Code des Assurances
N°SIREN 775565088



Produit : FRAIS GÉNÉRAUX

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 frais généraux est destiné à couvrir totalement ou partiellement les frais supplémentaires d'exploitation ou les frais professionnels permanents de l'entreprise par le versement d'une indemnité contractuelle suite à l'arrêt de travail de l'assuré causé par une maladie ou un accident garanti.

✓ *Garanties systématiquement prévues au contrat.*



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les frais supplémentaires d'exploitation en cas de remplacement de l'assuré :

- heures supplémentaires,
- main d'œuvre de remplacement,
- recours à des prestataires extérieurs.

Les frais professionnels permanents en cas de fermeture de l'établissement :

- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyer et charges des locaux professionnels,
- les salaires (charges incluses) des employés du bénéficiaire des prestations,
- les taxes et impôts professionnels,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels,
- le coût de crédit-bail,
- les pertes par dépréciation des matières consommables,
- les amortissements des équipements,
- les agios sur découverts bancaires,
- les primes d'assurance professionnelle,
- les charges sociales personnelles obligatoires de l'assuré.

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)
- ✓ Incapacité Temporaire Partielle de Travail (ITP)

Versement à l'entreprise d'une indemnité quotidienne dans la limite des dépenses constatées pendant la durée de l'arrêt de travail indemnisable.

Les différents montants de souscription :

Les montants journaliers sont variables en fonction de l'activité de l'entreprise et du besoin exprimé par le souscripteur :

46€, 56€, 66€, 77€, 97€, 128€, 168€

Qui peut souscrire ?

Toute entreprise (personne physique ou morale) dont :

- le siège social et l'exercice de l'activité se situe en France Métropolitaine,
- l'enregistrement au Registre du Commerce et des Sociétés ou à la Chambre des Métiers et de l'Artisanat est en cours de validité.

Qui peut être assuré ?

L'assuré est une personne physique, âgée de 18 à 59 ans.

Il doit avoir sa résidence habituelle et exercer son activité professionnelle en France Métropolitaine.

Peuvent être assurés, sous réserve d'exercer une activité régulière, rémunérée, déclarée et continue au sein de l'entreprise : le gérant non salarié (travailleur non salarié), le gérant salarié, le conjoint collaborateur du chef d'entreprise ou le salarié.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'invalidité, la longue maladie, le décès,
- ✗ Les sinistres survenus en dehors de la période de validité du contrat.



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

Les principales exclusions :

- ! 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,
- ! 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).

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 pour problèmes psychiatriques, n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation de plus de 3 semaines ininterrompues.

Montant de l'indemnisation :

- L'indemnisation ne peut excéder le montant des frais généraux permanents ou des frais supplémentaires d'exploitation encourus par l'entreprise pendant la période d'arrêt de travail de l'assuré.
- Une reprise partielle de l'activité (ITP) entraînera une réduction de 50% des indemnités.

Plusieurs franchises

- Franchise 1 : 2 jours accident, 7 jours maladie,
- Franchise 2 : 14 jours accident, 30 jours maladie.

Des délais d'attente

- Sauf contrat repris à la concurrence, il existe un délai d'attente, à compter de la souscription :
- 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.
 - aucun 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 :

À la souscription du contrat

le souscripteur doit :

- Répondre avec précision aux questions figurant sur la proposition d'assurance,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

l'assuré doit :

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.

En cours de contrat

le souscripteur doit :

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

l'assuré doit :

- permettre à nos représentants de se rendre auprès de vous pour effectuer toute mission que nous leur aurions confiée,
- prévenir de toute cessation d'activité professionnelle (retraite, mise en invalidité partielle ou totale).

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 5 jours suivant notre demande, toutes pièces justificatives nous permettant d'apprécier la nature, la cause et les conséquences de l'événement.
- Se 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.