

ASSURANCE DE PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit souscrit par l'Association AH (association sans but lucratif régie par la loi du 01/07/1901) auprès **ACTE VIE** - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances N° d'agrément 1018 01 02, et conçu par HODEVA - Intermédiaire en Assurance immatriculé à l'Orias n°10 055 406



HODEVA PREVOYANCE TNS

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 précontractuelle et contractuelle.

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

Ce produit offre à l'assuré une protection de prévoyance complète. Il lui permet de maintenir ses revenus, en cas d'Incapacité Temporaire Totale et d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle ainsi que le versement d'un capital ou d'une rente à ses proches en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, selon les options choisies.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des garanties sont forfaitaires et varient en fonction du niveau de garantie souscrit. Ils figurent sur le certificat d'adhésion.

LES GARANTIES OBLIGATOIRES :

- ✓ **Décès toutes causes**
- ✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :** invalidité physique ou intellectuelle résultant d'une maladie ou d'un accident garanti, rendant l'assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie courante (*se laver, se déplacer, s'alimenter, s'habiller et satisfaire à son hygiène corporelle*).

LES GARANTIES FACULTATIVES :

- **Incapacité Temporaire Totale (ITT) :** un assuré est en état d'ITT lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité temporaire complète et continue, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle.
- **Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP) :** un assuré est en état d'IPP ou d'IPT lorsque, par suite d'un accident ou d'une maladie, son taux d'invalidité est compris entre 33% et 66% (*partielle*) ou supérieure à 66% (*totale*).
- **Invalidité Professionnelle et Totale des Professions spécifiques (IPTPS) :** cette option, réservée à certaines professions, a pour objet de réduire à 16% le taux d'invalidité pouvant donner lieu au versement de la rente prévue par la garantie IPP.
- **Frais Généraux Permanents (FGP) :** cette option permet le versement à l'assuré d'une prestation supplémentaire en cas d'ITT pour couvrir ses Frais Généraux Permanents.
- **DOS+ et PSY+ :** ces options permettent une prise en charge sans condition des affections dorso vertébrales et psychologiques en cas d'incapacité ou d'invalidité.
- **Décès ou PTIA par accident :** en cas de décès ou de PTIA suite à accident, un capital supplémentaire est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès ou à l'assuré en cas de PTIA.
- **Rente Education :** une rente temporaire est versée à chaque enfant à charge en cas de décès de l'assuré.
- **Rente viagère et temporaire du conjoint :** une rente temporaire et/ou viagère est versée au conjoint en cas de décès de l'assuré.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les garanties optionnelles non souscrites
- ✗ Les garanties refusées, les limitations et exclusions de couverture notifiées par l'assureur
- ✗ Les professions à risque non assurables par ce contrat.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

En cas de décès :

- ! Le suicide au cours de la 1ère année d'adhésion
- ! La pratique de certains sports aériens
- ! Les conséquences des accidents et maladies intervenus avant la prise d'effet de l'assurance (*sauf acceptation par l'assureur*)

En cas de PTIA et garanties facultatives :

- ! Les exclusions prévues en cas de Décès
- ! Tout acte intentionnel de l'assuré ou des bénéficiaires
- ! Les conséquences de l'alcoolisme et de l'usage de drogues
- ! La participation à certains sports et activités dangereuses, sauf ceux déclarés par l'assuré et acceptés par l'assureur
- ! les affections psychiatrique et /ou psychique qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 30 jours consécutifs
- ! les affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales qui n'entraînent pas une hospitalisation supérieure ou égale à 15 jours consécutifs
- ! les traitements ou opérations à but esthétique ; les cures de toute nature (*thermale, rajeunissement, amaigrissement...*)



Où suis-je couvert ?

✓ Dans toute l'Union Européenne.

Toutefois, l'assuré est également couvert pour les sinistres intervenus lors de séjours en dehors de l'Union Européenne pour autant que leur durée cumulée n'excède pas 3 mois par année calendaire, sauf stipulations spécifiques dans le certificat d'adhésion.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat :

- compléter, dater et signer une demande d'adhésion, en indiquant les niveaux de garanties choisies et le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) et adhérer à l'association souscriptrice du contrat ;
- accomplir les formalités médicales demandées par l'assureur ;
- régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- régler les cotisations ;
- informer dans les plus brefs délais de tout changement dans la situation de l'assuré ou celle de l'un des bénéficiaires : le changement ou la perte du statut de l'assuré, le changement de situation professionnelle ou tout changement de nature à modifier le risque assuré. L'assuré doit aussi veiller à l'adaptation de ses garanties en cas de baisse de ses revenus.

En cas de sinistre :

- déclarer tout sinistre de nature à mettre en jeu l'une des garanties dans les conditions et délais impartis, et joindre tous les documents utiles à son appréciation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Le règlement des cotisations d'assurance se fait mensuellement par prélèvement bancaire dès la prise d'effet du contrat d'assurance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion.

L'adhésion est souscrite pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année (sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée).

Tout adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 30 jours calendaires à compter de la date d'émission du Certificat d'Adhésion.

Dans tous les cas :

- Toutes les garanties cessent lorsque l'assuré fait valoir ses droits à une pension de vieillesse ;
- La garantie Décès cesse au 31 décembre qui suit le 80^e anniversaire de l'assuré ;
- Les garanties Décès accidentel, Double effet, Allocation d'Obsèques, Rente de Conjoint, Rente Education, ITT et exonération cessent au 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'assuré ;
- La garantie Frais Généraux Permanents cesse au 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré ;
- Les garanties IPT/IPP et PTIA cessent au 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée par l'adhérent, le cas échéant par l'intermédiaire de son conseiller :

- chaque année, avant le 31 octobre pour un effet de la résiliation au 31 décembre minuit ;
- en cas de majoration de la cotisation consécutive à la révision du tarif, dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par l'assureur.

Elle est notifiée, au choix de l'adhérent, par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social de l'assureur ou à son bureau le plus proche, par acte extra-judiciaire, par recommandé postal ou électronique.

Le délai de préavis court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de la notification de la résiliation.