

Édition 2011

LE GUIDE EXPERT DE

l'assurance

Encarnación Gimenez



estimez
& vos besoins
choisissez
des garanties adaptées



LE GUIDE EXPERT DE

l'assurance

Encarnación Gimenez



l'assurance

L'assurance n'existe que pour satisfaire des besoins. Créée à l'origine pour favoriser le développement du commerce maritime, en couvrant la perte des bateaux et des marchandises en cas de naufrage, l'assurance est aujourd'hui présente dans nos vies au quotidien. Elle est obligatoire pour conduire un véhicule automobile, louer une habitation ou pratiquer la chasse, indispensable pour faire face à l'incendie de sa maison, à une catastrophe naturelle, à des dépenses médicales ou aux conséquences de sa responsabilité civile.

L'assurance contribue à la sécurité des hommes et de leurs activités. Par sa nature, elle suit et favorise le développement de la société. L'un des enjeux majeurs des prochaines années sera ainsi la prise en charge de la dépendance, dont le risque s'accroît avec l'allongement de la durée de vie. L'assurance répond aussi à la demande de services en apportant de plus en plus de garanties en nature: réparation, aide à la personne et assistance. Elle est étroitement liée à la situation personnelle de chacun d'entre nous.

Pour prendre un exemple, notre affiliation à un régime de sécurité sociale détermine nos besoins d'assurance complémentaire santé, prévoyance, retraite et dépendance. De même, un étudiant n'a pas les mêmes besoins ni les mêmes responsabilités qu'un chef de famille, un jeune actif qu'un retraité.

Ce guide vous apporte des informations sur l'assurance au sens large et vous permettra de faire le point sur vos besoins, pour la maison, les déplacements, les loisirs et le sport, la santé, la retraite et la protection de vos proches. Il les aborde en fonction de différentes situations : propriétaire ou copropriétaire, accédant à la propriété, locataire ou colocataire, actif, sans emploi, retraité, étudiant, conducteur principal ou accompagné d'une automobile, membre d'un club sportif, chasseur, etc. Il fait aussi le point sur les principales garanties proposées : incendie, dégât des eaux, responsabilité civile, assurance auto, remboursement des frais médicaux, versement d'un capital ou d'une rente en cas de décès... Enfin, il vous rappelle les démarches liées à la vie d'un contrat d'assurance, de la souscription à la résiliation.

VOTRE LOGEMENT 8

Vos besoins	10
▶ Vous êtes propriétaire ou copropriétaire	10
▶ Vous êtes locataire ou colocationnaire	11
▶ Vous allez faire construire	12
▶ Vous empruntez pour acheter ou faire construire	13
▶ Vous allez choisir ou fournir une location de vacances	14
▶ Vous êtes propriétaire ou gardien d'un animal	15
Vos garanties	16
▶ Les malfaçons	16
▶ L'incendie	17
▶ Les catastrophes naturelles	17
▶ Les tempêtes, ouragans, cyclones	19
▶ Les attentats et actes de terrorisme	20
▶ Les catastrophes technologiques	20
▶ Les explosions et chutes de la foudre	21
▶ Les dommages électriques	21
▶ Les dégâts des eaux	22
▶ Le vol	22
▶ La responsabilité civile « vie privée »	23
▶ La protection juridique	24
▶ L'assistance	25

VOS DÉPLACEMENTS 26

Vos besoins	28
▶ Avec un véhicule terrestre à moteur	28
▶ En cas de déplacements professionnels	30
▶ Pour l'apprentissage anticipé de la conduite	30
▶ Avec un bateau de plaisance	31
Vos garanties	33
▶ Les dommages matériels	33
▶ Les dommages corporels	34
▶ Les autres risques	35
▶ La protection juridique	37
▶ L'assistance	37

VOS ACTIVITÉS 38

Vos besoins	40
▶ À l'école	40
▶ Chez l'assistante maternelle	40
▶ En centre de loisirs ou de vacances	41
▶ Dans un club sportif ou une association	42
▶ En pratiquant un sport individuel	42
▶ À la chasse	43
Vos garanties	44
▶ La responsabilité civile du particulier	44
▶ La responsabilité civile du chasseur	44
▶ Vos propres dommages corporels	45
▶ La protection juridique	45
▶ L'assistance	45

VOTRE SANTÉ 46

▣ Vos besoins 48	48
▶ Vous travaillez 48	48
▶ Vous êtes sans emploi 48	48
▶ Vous faites des études 50	50
▶ Vous êtes retraité 51	51
▶ Vous avez de faibles ressources 51	51
▣ Vos garanties 52	52
▶ Les consultations 52	52
▶ Les médicaments 53	53
▶ Les soins et actes de laboratoire 55	55
▶ Les soins et prothèses dentaires 55	55
▶ Les lunettes et les lentilles 58	58
▶ L'hospitalisation 59	59
▶ Les autres frais médicaux 60	60
▶ L'assistance 60	60
▶ L'incapacité, l'invalidité et le décès 61	61
▶ Les autres préjudices et les frais liés à un accident corporel 62	62

VOTRE AVENIR 64

▣ Vos besoins 66	66
▶ Vous voulez un complément de revenus pour la retraite 66	66
▶ Vous voulez protéger vos proches en cas de décès 67	67
▶ Vous voulez faire face au risque de dépendance 68	68
▶ Vous voulez financer et organiser vos obsèques 70	70
▣ Vos garanties 71	71
▶ Un capital ou une rente pour protéger vos proches 71	71
▶ Une rente ou un capital pour votre retraite 74	74
▶ Un capital et une rente en cas de dépendance 75	75

EN PRATIQUE 79

VOUS ET VOTRE ASSUREUR 80

>> Vous informer et vous conseiller 80	80
>> Souscrire 81	81
>> Remplir un questionnaire médical 82	82
>> Payer vos cotisations 83	83
>> Modifier votre contrat 84	84
>> Déclarer un sinistre 85	85
>> L'expertise 86	86
>> L'indemnisation 88	88
>> La réclamation et la médiation 88	88
>> La résiliation d'un contrat 89	89

OÙ VOUS ADRESSER ? 91

LEXIQUE 92

CHAPITRE 1

VOTRE LOGEMENT

[retour au sommaire](#)

L'acquisition ou la location d'un logement, qu'il s'agisse d'une résidence principale ou secondaire, rend indispensable la souscription d'une assurance. Elle permettra de couvrir les dommages éventuels qu'il pourrait subir, ainsi que votre responsabilité civile en tant qu'occupant.

Le contrat multirisque habitation couvre l'essentiel des risques pour vos biens mobiliers et immobiliers, en particulier le vol, l'incendie ou le dégât des eaux, mais aussi votre responsabilité civile et celle de vos enfants, y compris à l'école ou dans l'exercice d'activités de loisirs.

Au-delà de cette approche générique, il existe de multiples situations, représentant autant de cas particuliers et nécessitant des garanties spécifiques. Il existe ainsi des assurances si vous souscrivez un crédit pour acheter un logement, si vous faites construire votre maison sans passer par un promoteur, si vous êtes propriétaire bailleur et souhaitez couvrir le risque d'impayés, si vous louez un garage dans un autre immeuble que le vôtre, etc. Évaluez précisément vos besoins pour être sûr de souscrire les garanties adaptées.

 **VOS BESOINS**

**► VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE
OU COPROPRIÉTAIRE**

Que vous soyez propriétaire ou copropriétaire, le **contrat multirisque habitation** vous permet d'assurer vos biens immobiliers et mobiliers. Il comprend généralement les garanties incendie et risques assimilés (chute de la foudre, explosions...), tempête, dégâts des eaux, vol, bris de glace, catastrophes naturelles et technologiques, actes de terrorisme et attentats, émeutes et mouvements populaires. Il convient de vérifier la nature et le périmètre des garanties du contrat (base et options). Ce type de contrat couvre également votre **responsabilité civile « vie privée »**.

Propriétaire ou copropriétaire, vous bénéficiez peut-être d'une assurance dommages ouvrage. Cette assurance met à l'abri des malfaçons dues aux entreprises du bâtiment lors de travaux touchant au gros œuvre et aux éléments indissociables du bâti. Elle est obligatoire pour les personnes (physiques ou morales) agissant en qualité de propriétaire d'un ouvrage, de vendeur ou de mandataire du propriétaire. Elle permet à l'assuré d'obtenir par avance, et en dehors de toute recherche de responsabilité, le paiement de sommes nécessaires à la réalisation des travaux de réparation de certains dommages.

L'**assurance dommages aux biens** est également indispensable. Bien que non obligatoire, elle permet au propriétaire (occupant ou non occupant) de couvrir ses biens contre les principaux risques (incendie, tempête, catastrophe naturelle, dégât des eaux...). Le copropriétaire peut également bénéficier de ces garanties dans le cadre du contrat souscrit par la copropriété. Il lui faut donc vérifier la nature des risques couverts et leur périmètre. Si les garanties souscrites vous paraissent insuffisantes, vous avez intérêt à souscrire une assurance personnelle.

Enfin, si vous louez votre bien, une **assurance garantie locative** peut vous permettre de faire face aux risques de **loyers impayés**, de dégradations immobilières et de litiges liés au bail. Ce contrat peut également comporter une garantie liée à l'absence de locataire.

► VOUS ÊTES LOCATAIRE OU COLOCATAIRE

Quelle que soit la nature de votre habitation (maison, appartement, meublé ou non meublé...), vous devez penser à souscrire un contrat d'assurance afin de **couvrir votre responsabilité** pour les dommages que vous pouvez causer au bien occupé, mais également aux voisins et aux tiers.

La loi du 6 juillet 1989 impose au preneur d'un bail à usage d'habitation principale ou à usage mixte (professionnel et habitation principale) de s'assurer contre les risques dont il doit répondre en qualité de locataire (assurance des risques

locatifs). Toutefois, cette obligation ne s'applique pas aux locations saisonnières (*lire page 14*), aux locations meublées, aux logements de fonction et aux hébergements en foyer (article 2 de la loi du 6 juillet 1989). Elle n'en est pas moins indispensable pour couvrir les conséquences pécuniaires de votre responsabilité. De fait, les contrats multirisque habitation comportent un volet consacré à cette garantie. La loi précise que **le locataire est tenu de justifier qu'il a souscrit un contrat d'assurance contre les risques locatifs** en remettant au bailleur une attestation de l'assureur ou de son représentant. En outre, le contrat de bail peut prévoir la possibilité de sanctionner le défaut d'assurance par une résiliation de plein droit.

BON À SAVOIR

En cas de colocation, chaque occupant doit souscrire son propre contrat ou être désigné comme souscripteur de l'assurance commune.

► VOUS ALLEZ FAIRE CONSTRUIRE

Si vous traitez directement avec l'architecte et l'entrepreneur, si vous construisez, agrandissez ou réhabilitez votre maison vous-même, vous devez souscrire une **assurance dommages ouvrage** avant l'ouverture du chantier. Cette assurance est **obligatoire**.

Si vous faites construire par l'intermédiaire d'un professionnel de l'immobilier (promoteur, vendeur ou constructeur de maisons individuelles), c'est à lui de

souscrire cette assurance. Les propriétaires successifs en bénéficient pendant dix ans, une fois la maison ou l'immeuble construit, si des malheurs mettent le bien en péril ou le rendent inhabitable.

► VOUS EMPRUNTEZ POUR ACHETER OU FAIRE CONSTRUIRE

Bien qu'il n'y ait pas d'obligation légale, l'assurance est généralement une condition nécessaire à l'obtention d'un prêt immobilier. Les établissements de crédit demandent le plus souvent à leurs clients d'adhérer à l'assurance collective qu'ils ont souscrite auprès d'un assureur. Cette **assurance emprunteur** est une sécurité pour les deux parties : en cas de décès ou d'invalidité de l'emprunteur, elle se substitue à lui pour le remboursement du crédit. Elle peut également couvrir le risque d'incapacité de travail et la perte d'emploi.

BON À SAVOIR

Vous avez la possibilité de souscrire une assurance individuelle équivalente à celle proposée par le prêteur auprès de l'assureur de votre choix. Cette alternative doit d'ailleurs figurer dans l'offre de prêt immobilier. Depuis le 1^{er} juillet 2009, toute proposition d'assurance de prêt immobilier doit en outre être accompagnée d'une fiche d'information. Cette pièce doit être remise par l'assureur ou son intermédiaire avant la commercialisation du contrat et, en tout état de cause, avant sa conclusion.

Si vous n'êtes pas seul à rembourser l'emprunt, chaque personne doit être assurée pour tout ou partie du capital. Par exemple, si chacun est assuré pour 50 % du capital, en cas de décès de l'un, l'assurance remboursera la moitié du capital restant dû.

Parmi les informations demandées par l'assureur, **vous devrez attester de votre état de santé** en remplissant et signant un questionnaire. Vous devrez veiller à répondre avec exactitude car une fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat.

► VOUS ALLEZ CHOISIR OU FOURNIR UNE LOCATION DE VACANCES

Le locataire «saisonnier» peut être responsable des dommages survenus au local et au mobilier. Si une **garantie villégiature** est déjà incluse dans son contrat d'assurance multirisque habitation, il convient de vérifier que le périmètre couvert correspond à la nature du risque. À défaut, une **assurance temporaire** doit être souscrite. Il est également conseillé au propriétaire de souscrire un contrat d'assurance dommages aux biens et responsabilité civile. En cas d'échange de son appartement ou de sa maison pour les vacances, il est important de vérifier les assurances de chacun et de déclarer la situation aux assureurs. Le cas échéant, des **clauses spécifiques** seront ajoutées au contrat multirisque habitation.

S'ASSURER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ

En cas de risque aggravé de santé, il est plus difficile de s'assurer et d'obtenir un prêt. **La convention AERAS** (s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) permet aux personnes concernées de souscrire un emprunt si leur demande a été refusée dans le cadre du contrat collectif de leur établissement bancaire. Ce dispositif peut s'appliquer à un prêt personnel sous certaines conditions. Il comporte des règles relatives au respect de la confidentialité des informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes. Si, malgré tout, vous ne pouvez pas être assuré à cause de votre état de santé, d'autres possibilités de garanties peuvent exister (hypothèque sur un bien, nantissement d'un portefeuille de valeurs immobilières...). Ce peut être aussi une alternative à l'assurance si vous êtes en bonne santé.

► VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE OU GARDIEN D'UN ANIMAL

La responsabilité du fait des animaux est une responsabilité sans faute, construite tout autant par le Code civil (article 1385) que par la jurisprudence. Le propriétaire d'un animal, ou celui qui en a la garde, est responsable des dommages que l'animal pourrait causer, même s'il s'échappe ou s'égare. Dans la plupart des cas, la **garantie responsabilité civile** de votre contrat multirisque habitation couvre les dommages que votre animal, ou celui que vous gardez, peut causer à des tiers. En revanche, pour protéger les membres de votre famille, il convient de souscrire une **garantie individuelle contre les accidents** ou une **garantie des accidents de la vie** (*lire pages 62 et 63*).

BON À SAVOIR

Certains animaux, comme les chiens dangereux ou les animaux affectés à un usage professionnel, doivent faire l'objet d'une déclaration à l'assureur et, le cas échéant, d'une garantie spécifique.

**VOS GARANTIES****► LES MALFAÇONS**

La **garantie dommages ouvrage**, obligatoire, commence l'année suivant le jour de la réception de la maison ou de l'immeuble construit et prend fin à l'expiration d'un délai de dix ans à compter de cette réception. Elle couvre obligatoirement le financement de la **réparation des dommages qui compromettent la solidité du bien ou le rendent impropre à sa destination**. Elle peut aussi jouer dans certains cas avant réception ou pendant le délai de garantie de parfait achèvement qui suit celle-ci. L'acte de réception est essentiel et doit être réalisé de préférence avec l'assistance d'un professionnel. Vous disposez d'un délai de huit jours pour signaler les défauts que vous n'auriez pas vus à la livraison de la construction. L'assurance dommages ouvrage peut aussi **garantir en option les éléments d'équipement que l'on ne peut enlever, démonter, ni remplacer sans détériorer la construction** (chauffage, fenêtre...). Cette garantie ne joue toutefois que dans un délai de deux ans à compter de

la réception de la construction et au terme de la garantie de parfait achèvement. Il est aussi possible de couvrir la **perte de jouissance du bien** (perte de loyer...) et les **dommages aux parties anciennes d'une habitation**, en cas de travaux de rénovation.

► L'INCENDIE

L'incendie fait partie des risques couverts par l'assurance dommages aux biens. C'est une des garanties dites « de base » des contrats multirisque habitation. Le Code des assurances indique que « l'assureur contre l'incendie répond de tous dommages causés par conflagration, embrasement ou simple combustion... ». Devant le peu de clarté de cette définition, il convient de **se reporter aux conditions générales des contrats**.

Dans la plupart des contrats d'assurance multirisque habitation, les dégâts causés aux biens assurés par les secours sont pris en charge.

► LES CATASTROPHES NATURELLES

Le Code des assurances spécifie que « sont considérés comme les effets des catastrophes naturelles [...], les dommages matériels directs non assurables ayant eu pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel ».

Le critère de reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle réside non dans la nature du fait générateur

ÉVALUATION DES BIENS

L'évaluation du dommage est opérée en application des dispositions contractuelles. L'indemnisation peut être effectuée en valeur d'usage, en valeur à neuf, en valeur de reconstitution ou encore en valeur agréée.

Valeur d'usage : elle correspond à la somme qu'il aurait fallu déboursier, au jour du sinistre, pour retrouver une chose équivalente (procurant « le même usage ») au bien disparu. Lorsqu'il est possible de se procurer sur le marché un bien analogue au bien assuré (vétusté comprise), la valeur d'usage correspond à la valeur de remplacement du bien. Il arrive cependant que le bien assuré soit irremplaçable à l'identique, soit parce que les biens de même nature ne se vendent qu'à l'état neuf, soit parce qu'il n'existe pas de biens équivalents sur le marché.

Dans le premier cas, la valeur d'usage est calculée en ôtant de la valeur à neuf du bien au jour du sinistre une somme correspondant à la vétusté (ou l'usure) du bien. Dans le second cas, qui concerne en pratique les polices assurant un immeuble, la valeur d'usage correspond à la valeur de reconstruction du bien au jour du sinistre, dont on déduit une somme pour tenir compte de la vétusté.

Valeur à neuf : certains biens peuvent être assurés « en valeur à neuf » : bâtiments, mobilier, matériel. La valeur à assurer peut être :

- la valeur de reconstruction sans déduction de la vétusté pour les bâtiments, définie généralement comme la « valeur de reconstruction au prix du neuf au jour du sinistre » ;
- la valeur de remplacement du mobilier sans déduction de la vétusté ;
- la valeur de remplacement par un bien de rendement identique ou techniquement équivalent, sans déduction de la vétusté pour le matériel.

L'indemnité correspondant à la vétusté n'est payable qu'après la reconstruction ou le remplacement des biens.

Valeur de reconstitution : cette garantie permet de compenser l'écart éventuel entre l'indemnité en valeur à neuf, déterminée le jour du sinistre, et le coût de reconstruction ou de remplacement des biens si les prix ont augmenté depuis. L'assuré doit soumettre ses biens à une expertise préalable à la souscription, renouvelée tous les cinq ans, accepter une clause d'indexation et reconstruire ou remplacer les biens endommagés dans un délai de deux ans.

Valeur agréée : les objets d'art ou de collection peuvent être couverts en valeur agréée, la somme assurée ayant été fixée d'un commun accord entre l'assureur et l'assuré, généralement après expertise.

(inondation, raz-de-marée...) mais dans le **caractère anormal de son intensité**.

La mise en œuvre de la garantie relève de la compétence exclusive de l'autorité administrative. L'état de catastrophe naturelle est constaté par un **arrêté interministériel** publié au Journal officiel.

La garantie couvre les dommages matériels directs non assurables, c'est-à-dire les dommages qui portent atteinte à la structure du bien assuré dont la couverture ne relève d'aucune garantie.

Le montant de la franchise est fixé par arrêté. Il est modulable en fonction de l'événement, de la nature du bien, et de la présence ou non d'un plan de prévention des risques.

► LES TEMPÊTES, OURAGANS, CYCLONES

La garantie tempêtes-ouragans-cyclones est une extension de **garantie rendue obligatoire** par le législateur. Elle est incluse dans tous les contrats d'assurance garantissant les dommages d'incendie ou tout autre dommage à des biens situés en France, ainsi que les dommages aux véhicules terrestres à moteur. Cette extension de garantie prend en charge les **dommages causés par l'action du vent ou d'un objet renversé ou projeté par le vent**. La plupart des conditions générales des contrats d'assurance habitation l'étendent toutefois aux dommages causés par le choc de la **grêle**, le poids de la **neige** ou de la **glace**.

► LES ATTENTATS ET ACTES DE TERRORISME

Les contrats d'assurance dommages qui garantissent les dommages d'incendie ouvrent droit à la garantie pour les dommages matériels directs causés par un attentat ou un acte de terrorisme. La garantie prend en charge la **réparation des dommages matériels**, y compris les frais de décontamination et la **réparation des dommages immatériels** (consécutifs aux dommages matériels), dans les limites de franchises et plafonds fixés pour la garantie incendie.

► LES CATASTROPHES TECHNOLOGIQUES

On retrouve la garantie des catastrophes technologiques dans les contrats qui garantissent les dommages d'incendie ou tout autre dommage à des biens à usage d'habitation situés en France, ainsi qu'aux véhicules terrestres à moteur (automobile, deux-roues...). Pour que la garantie puisse s'appliquer, l'accident doit s'être produit dans une **installation classée dangereuse pour la protection de l'environnement** et le dommage doit avoir été causé à un grand nombre de biens immobiliers. Seuls sont pris en charge les dommages matériels causés aux biens de l'assuré, à l'exclusion des dépendances.

L'indemnisation des biens à usage d'habitation doit être effectuée en **valeur à neuf**, c'est-à-dire sans tenir compte de la valeur assurée et sans appliquer de franchise ou d'abattement pour vétusté.

Les frais de démolition, de déblais, de désinfection, de décontamination et de nettoyage sont également couverts, ainsi que les cotisations d'assurance dommages ouvrage en cas de reconstruction.

Les biens mobiliers sont indemnisés sans franchise ni application de taux de vétusté, dans la limite des valeurs déclarées ou des capitaux assurés.

► LES EXPLOSIONS ET CHUTES DE LA Foudre

D'une manière générale, ces deux garanties sont incluses dans les garanties de base des contrats **multirisque habitation**. La notion d'explosion ne fait l'objet d'aucune définition légale. Il convient donc de se reporter aux stipulations du contrat multirisque habitation. Les dégâts causés par la chute de la foudre, sans qu'elle soit suivie d'incendie, sont généralement couverts. Ici aussi, il convient de se reporter aux dispositions contractuelles.

► LES DOMMAGES ÉLECTRIQUES

La garantie dommages électriques couvre les dommages résultant de désordres électriques (hausse ou baisse de tension) subis par les **appareils électriques, électroniques et informatiques**. Par exemple, en cas de chute de la foudre, les dommages aux appareils électriques et électroniques restés branchés ne seront pris en charge que si vous avez souscrit la garantie dommages électriques. Cette garantie peut également couvrir

les dommages dus à un dysfonctionnement ou une explosion de l'appareil lui-même (origine interne).

► LES DÉGÂTS DES EAUX

L'assurance contre le dégât des eaux a pour objet de couvrir certains dommages causés par l'action de l'eau aux biens assurés. À l'instar de l'assurance contre l'incendie, elle constitue à la fois une **assurance de choses et de responsabilité**. Dans le premier cas, votre assureur vous indemniserà des dommages matériels causés aux biens assurés (meubles et immeubles) par l'action de l'eau. Dans le second, il indemniserà les tiers victimes du dégât des eaux.

► LE VOL

L'assurance contre le vol a pour objet de garantir la réparation pécuniaire des dommages liés à la **disparition, la destruction ou la détérioration des biens assurés** et résultant d'un **vol ou d'une tentative de vol**. Selon le lieu de votre domicile, les moyens d'accès à votre logement et la valeur de vos biens mobiliers, votre assureur peut exiger la mise en œuvre de **moyens de protection**. Par exemple, deux ou trois points de fermeture, une porte blindée, des barreaux ou volets à certaines fenêtres, un système d'alarme... L'utilisation effective de tous les moyens de protection existants est généralement exigée en cas d'absence prolongée (durée définie par le contrat).

Les risques couverts sont indiqués dans le contrat. Les plus courants sont : l'effraction, l'usage de fausses clefs, l'introduction clandestine, l'introduction par ruse, ou encore le vol avec violence... Chaque contrat prévoit ceux qui sont couverts et ceux qui sont exclus. La mise en œuvre de la garantie est subordonnée à un **dépôt de plainte**.

Les biens assurés sont les biens mobiliers – vêtements, appareils et autres objets courants contenus dans l'habitation, et éventuellement dans ses dépendances (cave, garage...). En règle générale, dans les contrats multi-risque habitation, l'indemnité versée pour les **objets précieux** ou de valeur est limitée par un plafond. Si vous en possédez beaucoup ou qu'ils ont une grande valeur, vous devez penser à souscrire une **assurance spécifique** pour ces biens.

L'indemnité dépend du contrat souscrit. Elle peut être calculée sur la base de la valeur de remplacement des biens au jour du vol, vétusté déduite, ou sans vétusté, en valeur à neuf.

► LA RESPONSABILITÉ CIVILE « VIE PRIVÉE »

Les contrats multirisque habitation contiennent un volet «assurance de responsabilité civile vie privée». L'objet de cette garantie est la prise en charge des **conséquences pécuniaires de la responsabilité qu'encourt l'assuré à l'égard de tiers dans le cadre des activités de la vie privée** (articles 1382 et suivants du Code civil).

Habituellement, les personnes couvertes sont limitativement désignées par le contrat. On y inclut en général les personnes vivant en permanence au domicile assuré, les enfants mineurs ou majeurs, sous certaines conditions, ainsi que la plupart des animaux domestiques.

Sont exclus de la garantie : les dommages intentionnels, les risques professionnels, les dommages causés à soi-même ou à ses proches, les dommages liés à l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur (*assurance obligatoire, lire page 28*).

► LA PROTECTION JURIDIQUE

Elle se distingue des clauses « défense / recours » des contrats multirisque habitation, qui concernent exclusivement les litiges liés aux événements garantis dans le contrat (accident, dégât des eaux...).

La protection juridique consiste principalement à :

- **fournir des conseils juridiques** à l'assuré à l'occasion de la naissance d'un litige ;
- **défendre l'assuré à l'amiable** contre un tiers ;
- **défendre en justice** l'assuré contre un tiers.

La défense de l'assuré comprend la prise en charge des frais nécessaires au règlement du litige engagés à l'occasion de la procédure pour l'expertise amiable, le procès incluant les honoraires d'avocat et d'avoué auprès de la cour d'appel, des frais divers de constitution de dossiers, d'enquêtes et de procès-verbal. Les catégories de

litiges les plus fréquemment couverts par les contrats de protection juridique «vie privée» sont ceux liés à la **consommation, au travail, à la santé...**

Toutefois, les contrats d'assurance protection juridique comportent des limites : délai de carence, plafonnement des honoraires d'avocats, limites territoriales... En outre, il convient d'informer votre assureur avant d'engager une procédure ou de saisir un défenseur. Vous êtes libre de choisir votre avocat, mais il vous appartient de vérifier le montant des frais pris en charge.

► L'ASSISTANCE

La plupart des contrats d'assurance multirisque habitation proposent des services d'assistance. Ces contrats ont pour objet de **mettre immédiatement une aide à la disposition du bénéficiaire**. Il peut s'agir de prestations de garde-malade, d'aide ménagère, de soutien scolaire, de rapatriement, de serrurerie... Il convient de vérifier leur périmètre : qui en bénéficie, dans quels cas, quelle est la nature de la prestation... Si vous avez besoin de services d'assistance particuliers ou plus étendus, il est préférable de souscrire un contrat spécifique.

CHAPITRE 2

VOS DÉPLACEMENTS

[retour au sommaire](#)

Propriétaire d'un véhicule à moteur, qu'il s'agisse d'une voiture, d'un deux-roues, ou même d'un bateau de plaisance, vous êtes tenu de souscrire une assurance pour vous couvrir contre les dommages matériels et corporels que vous pourriez causer à autrui.

Obligatoire, cette assurance de responsabilité civile ne couvre cependant que les dommages causés aux tiers. Pour vos propres dommages, en cas d'accident engageant votre responsabilité, vous devez donc souscrire des garanties complémentaires telles que la garantie accident corporel pour le conducteur, une garantie dommages matériels pour votre véhicule, mais aussi des garanties contre le vol, le bris de glace, l'incendie, ou encore l'assistance qui se révélera bien utile, notamment en cas de panne.

C'est l'assurance tous risques qui vous offrira la protection la plus complète et en toutes circonstances pour les dommages corporels et matériels, en assurant jusqu'au contenu de votre véhicule en cas de vol. De quoi prendre la route ou la mer en toute tranquillité.

 **VOS BESOINS**

► AVEC UN VÉHICULE TERRESTRE À MOTEUR

L'assurance de **responsabilité civile** est obligatoire pour toute personne dont la responsabilité peut être engagée en raison des dommages subis par les tiers lorsqu'un véhicule terrestre à moteur est impliqué dans la réalisation de ces dommages. La notion de véhicule terrestre à moteur est large. Elle recouvre aussi bien les véhicules que **les remorques, semi-remorques, caravanes, ou encore les automoteurs, etc.**, tous soumis à l'obligation d'assurance. L'assurance de responsabilité civile couvre les dommages corporels et matériels causés aux tiers avec ou par le véhicule.

Le **certificat d'assurance** doit être apposé à l'intérieur du véhicule, recto visible de l'extérieur, sur la partie inférieure droite du pare-brise ou sur la fourche du véhicule, sous peine de contravention. Vous devez aussi pouvoir présenter votre attestation d'assurance ou carte verte. De **fortes pénalités** viennent sanctionner le défaut d'assurance. En plus d'une amende maximale de 3 750 €, des sanctions complémentaires peuvent être prononcées (peine de travail d'intérêt général, peine de jour-amende, suspension du permis de conduire, annulation du permis de conduire...).

Concernant vos propres dommages corporels et matériels, en cas d'accident engageant votre responsabilité, ou engageant celle des personnes habilitées à conduire votre véhicule, vous devez souscrire des garanties spécifiques et facultatives. La **garantie accident corporel du conducteur** prend généralement en charge vos frais médicaux et vos préjudices si l'accident engage votre responsabilité (partielle ou totale) ou si aucun tiers ne peut vous indemniser.

Pour le véhicule, la **formule tous risques** couvre les dommages matériels, même lorsque votre responsabilité est engagée. Vous pouvez aussi décider de ne pas assurer votre véhicule pour les dommages matériels, avec une **formule «au tiers»**. Vous pouvez enfin le protéger, ainsi que son contenu, en **cas de vol ou d'incendie, de vandalisme, de bris de glace**. Ces garanties sont assorties d'une couverture des dommages en cas de catastrophe naturelle ou technologique, ou d'attentat.

Des **services d'assistance** peuvent être associés à la garantie conducteur, comme à l'assurance dommages du véhicule. Enfin, une **assurance de protection juridique** vous permettra de faire face aux différents litiges liés à l'achat du véhicule, la location, la vente, le transport, etc. Ces garanties peuvent être incluses dans le contrat ou souscrites indépendamment.

► EN CAS DE DÉPLACEMENTS PROFESSIONNELS

L'assurance de votre voiture ou de votre deux-roues intervient également en cas d'accident sur le trajet entre votre domicile et votre travail. **Si vous utilisez votre véhicule personnel pour des déplacements professionnels réguliers**, vous devez le déclarer à votre assureur et assurer votre véhicule pour cet usage particulier. Lorsque cette utilisation est occasionnelle, votre employeur souscrit généralement une garantie spécifique. Néanmoins, il est impératif de vous renseigner auprès de l'entreprise qui vous emploie. Enfin, **si vous conduisez le véhicule de votre employeur**, vous êtes couvert par son assurance. Lorsqu'il s'agit d'un particulier, il convient toutefois d'en informer son assureur.

► POUR L'APPRENTISSAGE ANTICIPÉ DE LA CONDUITE

La conduite accompagnée doit être signalée à l'assureur afin de demander une extension de garantie, préalablement au commencement de la formation. L'assureur signifie son accord par lettre avenant au contrat.

L'assuré doit toujours avoir à portée de main dans le véhicule le livret d'apprentissage et le document d'extension de garantie de l'assurance, ces justificatifs étant obligatoires en cas de contrôle par les autorités. Il ne pourra pratiquer la conduite accompagnée qu'une fois que l'élève aura obtenu son code et atteint un

niveau de conduite suffisant, notifié par une **attestation de fin de formation initiale**.

L'extension de garantie peut être refusée si l'accompagnateur a été condamné pour certains délits : homicide et blessures involontaires, conduite sous l'emprise de l'alcool ou sous l'influence de stupéfiants, suspension ou annulation de permis, refus d'obtempérer à une sommation de s'arrêter, délit de fuite.

► AVEC UN BATEAU DE PLAISANCE

Le particulier propriétaire d'un bateau de plaisance n'est soumis à aucune obligation légale d'assurance. Toutefois, la quasi-totalité des ports de plaisance exigent la justification d'une assurance couvrant la responsabilité civile du plaisancier.

Le propriétaire du bateau a donc intérêt à s'assurer et à étendre ses garanties. Pour cela, il peut souscrire un contrat spécifique.

BON À SAVOIR

Les groupements sportifs sont soumis à une obligation légale d'assurance qui couvre leur responsabilité civile et celle de leurs membres. Lorsqu'un plaisancier adhère à un club pour prendre des cours ou participer à des régates, il bénéficie d'une assurance de responsabilité civile couvrant les dommages matériels ou corporels qu'il peut causer à des tiers à l'occasion de cette activité.

l'assurance

La garantie de responsabilité civile couvre les dommages corporels ou matériels causés aux tiers à l'occasion d'une faute de navigation, d'une imprudence ou d'une inattention. À ce titre, elle peut prévoir de couvrir les membres de votre équipage.

Deux autres garanties complémentaires sont principalement proposées par les contrats multirisque plaisance :

la garantie « corps de navire » pour les dommages causés au bateau :

elle couvre les **risques de perte ou d'avarie du navire** suite à tempête, naufrage, échouement, abordage, incendie, explosion, heurt ou collision contre un corps fixe, mobile ou flottant, et tout accident ou fortune de mer. Vous pouvez aussi **assurer le vol du bateau et celui de son contenu** en cas d'effraction.

l'assurance individuelle accident pour les dommages subis par le skipper et les passagers :

elle permet **l'indemnisation des dommages corporels** subis par le plaisancier ou par les personnes qu'il transporte à titre gratuit. Sont notamment pris en charge les frais médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers, ainsi que les préjudices personnels, indépendamment de

toute recherche de responsabilité. Des **services d'assistance** (hors assistance en mer) peuvent y être associés.

Enfin, une **protection juridique** vous permettra de faire face aux différents litiges liés à l'achat, la vente, le transport, la navigation et le parage d'un bateau. Toutes ces garanties peuvent être incluses dans un contrat ou souscrites séparément.

VOS GARANTIES

► LES DOMMAGES MATÉRIELS

Si vous êtes responsable ou victime d'un **accident de la circulation**, vous disposez de cinq jours ouvrés à compter de l'événement pour faire la déclaration à votre assureur. Le **constat amiable** vous permet de faire une déclaration commune et cosignée avec le ou les autres conducteurs impliqués.

Au titre de l'assurance de **responsabilité civile obligatoire**, vous serez indemnisé pour la totalité de vos dommages si votre responsabilité n'est pas engagée dans l'accident, et en partie seulement si vous êtes partiellement responsable. **Si vous êtes seul responsable de l'accident**, les dommages à votre véhicule ne seront pris en charge que si vous avez souscrit une garantie dommages (tous risques ou collision).

► LES DOMMAGES CORPORELS

Lors d'un **accident de la circulation routière**, les dommages corporels causés par le responsable de l'accident sont pris en charge au titre de son assurance de responsabilité civile obligatoire.

Si vous êtes victime, l'assureur du responsable vous indemnise. S'il y a plusieurs automobilistes responsables, leurs assurances respectives jouent en proportion de leur pourcentage de responsabilité. Votre assureur gère le recours auprès de l'adversaire. **Si le responsable de l'accident est inconnu** (en cas de délit de fuite par exemple), ou n'est pas assuré pour sa responsabilité civile, vous pouvez faire appel au Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages (*adresse page 91*), sous certaines conditions.

L'indemnité doit permettre de compenser les préjudices corporels et leurs conséquences : frais de soins, déficit fonctionnel, souffrances endurées, préjudice esthétique, pertes de revenus professionnels, impossibilité de poursuivre une activité de loisir, assistance par une tierce personne, aménagements, appareillages...

En cas de décès, l'assurance couvre les frais d'obsèques, ainsi que le préjudice économique des proches du défunt, et éventuellement leur préjudice moral.

Si vous êtes responsable de l'accident, les dommages causés à des tiers sont pris en charge au titre de votre assurance de responsabilité civile. Mais vos propres dommages corporels ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir souscrit une assurance individuelle accident (*lire page 62*).

Même chose pour la plaisance : votre assurance de responsabilité civile prend uniquement en charge les conséquences pécuniaires des dommages corporels causés à des tiers, y compris aux membres de votre équipage. Pour vous-même, vous devez avoir souscrit une assurance individuelle accident.

► LES AUTRES RISQUES

La garantie contre le risque d'incendie couvre également le risque d'explosions et de chute de la foudre. L'indemnisation est fonction des clauses de votre contrat. La garantie couvrira les dommages à concurrence de la valeur vénale du véhicule ou, s'il est récent, de sa valeur d'achat. Elle pourra être étendue aux accessoires non prévus par le constructeur et aux objets transportés, dans les conditions et limites fixées aux conditions particulières.

Pour la garantie vol, des mesures de prévention peuvent être exigées par l'assureur : système antivol, alarme... La couverture des accessoires peut faire l'objet

d'une garantie optionnelle et de conditions restrictives. Le règlement intervient passé un délai de trente jours en général, fixé par le contrat. L'assureur indemnise les éventuels dommages occasionnés par le vol. Sinon, il verse une indemnité équivalant à la valeur vénale ou à la valeur d'achat du véhicule, selon les clauses du contrat. Enfin, si le véhicule est retrouvé après l'indemnisation, vous pouvez soit le laisser à votre assureur et conserver l'indemnité, soit le récupérer et restituer l'indemnité, déduction faite du coût de remise en état des dommages liés au vol.

La garantie bris de glace couvre les dommages aux glaces et autres parties vitrées du véhicule, aussi bien latérales qu'avant et arrière. Les optiques des phares peuvent également être couvertes, de même que le toit panoramique. L'indemnisation est effectuée en valeur de remplacement, frais de pose compris.

La garantie catastrophe naturelle est mise en œuvre si l'état de catastrophe naturelle est reconnu par un arrêté interministériel (*lire page 17*).

La garantie catastrophe technologique (*lire page 20*) assure la réparation intégrale des dommages, dans la limite, pour les biens mobiliers, de la valeur déclarée ou des capitaux assurés au contrat.

Le recours à l'expertise est obligatoire au-delà d'un certain montant de dommages (le montant varie en fonction de la nature du bien).

► LA PROTECTION JURIDIQUE

Les assureurs proposent de plus en plus fréquemment des contrats séparés qui couvrent les risques juridiques de manière plus étendue que la traditionnelle clause de défense / recours en prenant notamment en charge les frais de procédure (*lire page 24*).

► L'ASSISTANCE

Pour les véhicules terrestres à moteur, cette garantie prévoit au minimum **le dépannage et le remorquage en cas d'accident**. Selon les contrats, d'autres services viennent s'ajouter: envoi de pièces détachées, avance des frais de réparation, assistance aux passagers, mise à disposition d'un véhicule de remplacement en cas de vol... Une franchise kilométrique peut être appliquée, ainsi qu'une limite territoriale.

Pour les bateaux de plaisance, l'assistance en mer est exclue. À terre, elle comprend généralement le rapatriement des personnes, les services d'un skipper pour ramener le bateau au port ou les frais de remorquage, l'acheminement de pièces détachées, le balisage d'épave et autres prestations.

CHAPITRE 3

VOS ACTIVITÉS

[retour au sommaire](#)

Si vous pratiquez un sport ou une activité de loisirs, ou si vos enfants participent à des sorties organisées par leur école ou à des voyages linguistiques, votre assurance de responsabilité civile vous couvrira pour les dommages corporels éventuellement causés à des tiers.

En revanche, pour garantir vos propres dommages corporels ou ceux de vos enfants, en cas d'accident relevant de votre responsabilité, vous devrez avoir souscrit une assurance spécifique. C'est le cas de l'assurance scolaire ou extrascolaire pour vos enfants, de l'assurance individuelle accident, ou encore de la garantie des accidents de la vie qui couvrira toute la famille.

Même chose pour la pratique de la chasse – la France détient le plus grand nombre de chasseurs en Europe – qui nécessite à la fois une assurance de responsabilité civile spécifique vis-à-vis des tiers et une assurance personnelle pour vos propres dommages corporels.

Des prestations d'assistance peuvent également compléter ces garanties, de façon à vous aider à gérer les conséquences d'un accident.

 **VOS BESOINS****► CHEZ L'ASSISTANTE MATERNELLE**

La loi oblige les assistantes maternelles employées par des particuliers à souscrire une **assurance de responsabilité civile professionnelle** pour tous les dommages que pourraient provoquer les enfants accueillis, et pour ceux dont ils pourraient être victimes. Les parents doivent exiger l'attestation correspondante. **S'ils emploient une garde à domicile**, ils doivent vérifier auprès de leur assureur qu'ils sont bien couverts en tant qu'employeur, si leur salarié(e) est mis(e) en cause. **S'ils font appel à des aides bénévoles occasionnelles**, sans rémunération, les dommages causés par leurs enfants sont couverts par leur propre assurance de responsabilité civile, et ceux provoqués par l'aide bénévole relèvent de la propre assurance de cette personne. L'enfant peut être protégé en outre par un contrat individuel accident, ou une garantie des accidents de la vie, ou encore une assurance extrascolaire s'il va à l'école.

► À L'ÉCOLE

Si votre enfant est responsable ou victime d'un accident **dans le cadre de ses activités scolaires** gratuites et obligatoires, y compris sportives, cela relève de la responsabilité de son établissement. En revanche, si l'accident survient **lors d'une activité facultative organisée par l'école**

(sorties, voyages collectifs, séjours linguistiques), les dommages corporels ou matériels occasionnés à des tiers et les dommages corporels de votre enfant ne seront couverts que par une assurance personnelle. La responsabilité civile de votre enfant est probablement déjà couverte dans le cadre des garanties de votre contrat multirisque habitation (*lire page 10*). Pour ses dommages corporels, peut-être bénéficie-t-il de votre **assurance individuelle accident** ou de votre **garantie des accidents de la vie** (*lire pages 62 et 63*)? À défaut, des **assurances scolaires et extrascolaires** vous permettent de couvrir la responsabilité civile et les propres dommages de votre enfant lors de ses trajets et activités scolaires, et plus largement en tout lieu, 24 h sur 24, notamment pendant ses loisirs. En général, ces contrats spécifiques comprennent des garanties d'assistance, comme la garde et les cours à domicile si l'enfant est blessé.

► EN CENTRE DE LOISIRS OU DE VACANCES

Les centres de loisirs et de vacances sont responsables de la sécurité des enfants qui leur sont confiés. La réglementation leur impose de souscrire un contrat d'assurance couvrant la responsabilité des organisateurs, de leurs préposés et des mineurs sous leur garde, en cas de mauvaise organisation, de négligence, de défaut de surveillance ou d'installations défectueuses ou inadaptées. Si votre enfant est victime ou responsable d'un accident, cette assurance prendra en charge les conséquences pécuniaires des dom-

l'assurance

mages subis ou occasionnés. En revanche, si votre enfant se blesse, par exemple, sans qu'aucune faute ne puisse être reprochée aux organisateurs, ses dommages corporels ne seront couverts que si vous avez souscrit une assurance individuelle accident ou une garantie des accidents de la vie.

BON À SAVOIR

Si vous êtes licencié d'une fédération, vous avez la possibilité d'adhérer à son contrat collectif. Cette adhésion est facultative et peut être remplacée ou complétée par des garanties individuelles.

► DANS UN CLUB SPORTIF OU UNE ASSOCIATION

L'assurance de **responsabilité civile** est **obligatoire** pour les groupements sportifs. Elle couvre à la fois les groupements, les dirigeants, l'exploitant d'un établissement sportif, les préposés du groupement, les licenciés et les pratiquants. Si vous causez un accident entraînant des dommages matériels ou corporels à des tiers, cette assurance prendra en charge les conséquences pécuniaires de votre responsabilité. Pour vos propres dommages corporels, votre club ou votre association est tenu de vous informer sur l'utilité de souscrire un contrat d'assurance individuelle accident, et vous êtes libre de vous assurer ou non.

► EN PRATIQUANT UN SPORT INDIVIDUEL

Équitation, cyclisme, jogging, roller, voile... De nombreuses activités sportives se pratiquent en toute indépen-

dance. Elles nécessitent, par précaution, une assurance de responsabilité civile en cas d'accident. Vous bénéficiez sans doute déjà de cette garantie dans le cadre de votre contrat **multirisque habitation** : vérifiez que votre sport est bien couvert. Dans le cas contraire, demandez une **extension de garantie** ou souscrivez un **contrat spécifique**.

Si vous êtes victime d'un accident, deux cas peuvent se présenter. Soit le responsable est identifié : son assureur de responsabilité civile – ou lui-même s'il n'est pas assuré – vous indemniserait pour vos dommages matériels et corporels. Soit le responsable n'est pas connu ou vous êtes seul responsable : vos dommages ne seront couverts que si vous avez souscrit une assurance individuelle accident ou une garantie des accidents de la vie.

► À LA CHASSE

Nul ne peut pratiquer la chasse terrestre ou maritime sans être muni du titre permanent de son **permis de chasser**, de sa validation pour l'année cynégétique en cours (1^{er} juillet au 30 juin de l'année suivante) et de son attestation d'**assurance de responsabilité civile chasse**. Cette assurance obligatoire couvre les dommages corporels occasionnés à des tiers par le chasseur, ainsi que les accidents causés par ses chiens. D'autres garanties peuvent être souscrites en complément, tant pour l'homme que pour son chien ou son fusil : assurance individuelle accident (*lire page 63*), décès ou blessure du chien, vol ou explosion du fusil...

 **VOS GARANTIES**

► LA RESPONSABILITÉ CIVILE DU PARTICULIER

Les principes de la responsabilité délictuelle sont fixés par les articles 1382 et suivants du Code civil. Cette responsabilité peut être de votre fait, de celui des choses dont vous êtes propriétaire ou gardien, ou des personnes dont vous êtes civilement responsable, ou encore du fait des animaux ou des bâtiments vous appartenant. Elle peut ainsi être engagée si vous provoquez un accident en pratiquant un sport ou un loisir, ou si votre matériel en est la cause.

Excepté pour la chasse, qui exige une assurance spécifique, la garantie de responsabilité civile de votre assurance multirisque habitation peut suffire. Elle prend en charge la réparation des dommages corporels, matériels et immatériels causés aux tiers dans le cadre de la vie privée. À défaut, une extension de garantie ou un contrat spécifique vous apporteront la même protection. À noter : si vous êtes assuré par plusieurs contrats (assurances multirisque habitation et scolaire, par exemple), vous devrez, en cas d'accident, faire une déclaration à tous vos assureurs.

► LA RESPONSABILITÉ CIVILE DU CHASSEUR

Votre assurance chasse couvre obligatoirement les conséquences pécuniaires de votre responsabilité civile pour les dommages corporels que vous pourriez causer à autrui lors

d'un acte de chasse ou un acte de destruction d'animaux nuisibles, ainsi que les dommages causés par vos chiens. Vos préposés ne sont pas considérés comme tiers et ne seront donc pas indemnisés s'ils sont blessés accidentellement. De même, si vous blessez ou abattez vos chiens, vous ne serez pas indemnisé au titre de votre garantie de responsabilité civile. Pour cela, vous devez souscrire des garanties complémentaires. Si vous êtes vous-même victime d'un accident de chasse et si l'auteur est inconnu ou non assuré et insolvable, vous devrez faire appel au Fonds de garantie chasse (*adresse page 91*) pour obtenir une indemnisation.

► VOS PROPRES DOMMAGES CORPORELS

Ils sont couverts par votre assurance individuelle accident ou votre garantie des accidents de la vie (*lire pages 62 et 63*).

► LA PROTECTION JURIDIQUE

(*lire page 24*)

► L'ASSISTANCE

Diverses solutions d'assistance peuvent vous aider temporairement ou tout au long de l'année en cas d'accident lors de vos loisirs ou de vos activités sportives. Parmi les prestations : prise en charge de votre rapatriement, des frais permettant à un proche de se rendre à votre chevet ou d'accompagner le retour de vos enfants mineurs, des frais de recherche et /ou de secours, de garde-malade, etc.

CHAPITRE 4

VOTRE SANTÉ

[retour au sommaire](#)

L’assurance complémentaire santé, souscrite dans le cadre de votre entreprise ou à titre individuel, a pour vocation de compléter les remboursements de frais médicaux, consultations ou médicaments non couverts par les régimes obligatoires d’assurance-maladie.

De même, les contrats de prévoyance vous permettent de bénéficier d’indemnités complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale, en cas d’incapacité de travail pour maladie ou d’invalidité, et de protéger vos proches en cas de décès. Vos besoins dans ces domaines varient bien sûr selon votre profil d’assuré social et votre situation familiale (célibataire, couple, famille avec enfants).

Si vous êtes seul et en bonne santé, une complémentaire santé minimale peut suffire. En revanche, si vous avez un conjoint et des enfants à charge, vous devez penser à couvrir leurs besoins, dont certains ne sont pas ou sont peu remboursés par la Sécurité sociale : parodontie, lunettes, hospitalisation... Même chose pour la prévoyance.

 **VOS BESOINS**

► VOUS TRAVAILLEZ

Si vous êtes salarié d'une **entreprise qui a souscrit une assurance complémentaire santé et /ou de prévoyance collective** au profit de ses salariés, vous bénéficiez automatiquement de cette couverture. Votre adhésion est obligatoire (sauf cas particuliers) et cette assurance est cofinancée par votre employeur. Sinon, comme les retraités, les artisans et commerçants, les professions libérales et les autres travailleurs non salariés, vous avez tout intérêt à vous assurer individuellement. En effet, votre régime d'assurance-maladie obligatoire ne vous protège que partiellement. La part des dépenses de santé restant à votre en charge n'a cessé de croître ces dernières années. Le montant des indemnités journalières de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail est faible, de même que celui des pensions d'invalidité. Une maladie ou un accident peuvent donc être lourds de conséquences pécuniaires.

► VOUS ÊTES SANS EMPLOI

Si vous êtes à la charge d'un assuré social et que vous bénéficiez de sa protection sociale en qualité d'ayant droit, vous pouvez être couvert par son assurance complémentaire santé si le contrat le permet. Il suffit que cette personne vous déclare à son assureur comme bénéficiaire.

BON À SAVOIR

En tant que travailleur non salarié, vous pouvez déduire les cotisations de santé et prévoyance complémentaires de votre bénéfice imposable, dans une limite fixée chaque année à 7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (soit 2 475 € pour 2011), auxquels s'ajoutent 3,75 % du bénéfice imposable, sans que le total puisse excéder 3 % de 8 fois le plafond, soit une déduction maximale de 8 484,48 € pour 2011.

Si vous êtes chômeur, votre protection varie selon que vous êtes ou non indemnisé par l'assurance chômage. Quoi qu'il en soit, **vous conservez pendant au moins un an vos droits à l'assurance maladie**. Vous pouvez aussi continuer à bénéficier automatiquement des assurances collectives de votre ancienne entreprise. L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 prévoit, en effet, que tous les salariés dont le contrat de travail a été rompu (hors faute lourde) peuvent **conserver leur couverture santé et prévoyance pendant leur période de chômage**, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, **dans la limite de neuf mois**. Ce mécanisme concerne les CDI mais aussi les CDD et les contrats d'apprentissage et de professionnalisation. Le salarié doit toutefois avoir droit à une couverture complémentaire à la date de cessation de son contrat de travail, avoir travaillé au moins un mois entier dans l'entreprise, et avoir droit aux allocations d'assurance chômage.

Si vous êtes titulaire du revenu de solidarité active (RSA) et ne bénéficiez d'aucune protection sociale, vous êtes affilié à la couverture maladie universelle (CMU). Vous pouvez obtenir gratuitement la CMU complémentaire, sous certaines conditions (*lire page 51*).

► VOUS FAITES DES ÉTUDES

Jusqu'à l'âge de vingt ans, vous êtes considéré comme ayant droit de vos parents et vous bénéficiez de leurs assurances obligatoires et complémentaires en cas de maladie ou de maternité (vérifiez bien les termes du contrat). Toutefois, pour la Sécurité sociale (mais pas pour le Régime social des indépendants et d'autres régimes dits « spéciaux »), si vous poursuivez des études dans l'enseignement supérieur, vous devez adhérer à une **mutuelle étudiante**.

Cette affiliation est gratuite entre 16 et 19 ans, payante ensuite, sauf pour les boursiers. À partir de vingt ans, vous pouvez en être dispensé si vous avez par ailleurs une activité salariée régulière. Pour la part complémentaire, vous pouvez continuer à bénéficier de l'assurance de vos parents pendant toute la durée de vos études, ou de celle de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire de pacs, si lui-même est assuré social non étudiant. Sinon, vous pouvez souscrire des garanties auprès de votre mutuelle étudiante ou d'un autre assureur.

► VOUS ÊTES RETRAITÉ

Plus vous allez avancer en âge, plus vos dépenses de santé vont augmenter; et plus votre assurance complémentaire vous coûtera cher. En effet, l'assureur ou la mutuelle prendra en compte votre âge et peut-être aussi votre état de santé au moment de la souscription. Vous avez intérêt à vous assurer le plus tôt possible, dès 55 ans, si vous ne l'êtes pas déjà. Des assurances sans questionnaire de santé sont proposées.

► VOUS AVEZ DE FAIBLES RESSOURCES

Que vous occupiez ou non un emploi, vous pouvez bénéficier de la **couverture maladie universelle complémentaire** (CMU complémentaire) ou d'une **aide à la complémentaire santé** (ACS), accordées sous plafonds de ressources, à condition d'être en situation régulière et de résider de manière continue en France depuis plus de trois mois. La CMU complémentaire permet de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable, sous réserve de ne pas dépasser, au 1^{er} juillet 2011 en France métropolitaine, un revenu du foyer de 7 771€ sur les douze mois précédents pour une personne seule, 11 657€ pour un couple, etc. Elle prend en charge tous les soins à 100% et sans avance de frais.

L'ACS est attribuée aux personnes percevant des ressources annuelles comprises entre le plafond d'attribution de la CMU complémentaire et celui-ci majoré de 26%, soit,

en France métropolitaine, 9 792 € /an pour une personne seule, 14 688 € pour un couple, etc.). Versée sous forme d'une attestation chèque à présenter à votre assureur ou à votre mutuelle, cette aide varie avec l'âge du bénéficiaire : 100 € pour les moins de 16 ans, 200 € pour les 16 à 49 ans, 350 € pour les 50 à 59 ans, 500 € pour les plus de 60 ans. Tous les membres du foyer ont droit à cette aide.

VOS GARANTIES

► LES CONSULTATIONS

Les remboursements des régimes obligatoires et des contrats complémentaires diffèrent selon que vous respectez ou non le **parcours de soins coordonnés**.

En consultant en priorité votre médecin traitant, déclaré comme tel à votre organisme d'assurance maladie, vous bénéficiez d'un taux de remboursement de **70% du tarif de convention** ou de la base de remboursement fixée par les pouvoirs publics. Si votre praticien dépasse le tarif conventionné, le surcoût est à votre charge ou à celle de votre assurance complémentaire, dans la limite de ses garanties. Votre assureur prend en général en charge le ticket modérateur, c'est-à-dire les 30% du tarif conventionnel non indemnisés par la Sécurité sociale, à l'exception de la contribution forfaitaire de 1 € qui reste à votre charge. En dehors du parcours de soins coordonnés, le taux de vos

remboursements par l'Assurance maladie n'est plus que de 30%. Si vous avez souscrit un contrat santé dit «responsable», cette pénalité n'est pas couverte par votre assureur. **Les contrats dits «responsables» ne remboursent pas non plus la participation forfaitaire de 1 €, ni les franchises médicales.** En contrepartie, ils garantissent un bon niveau de remboursement complémentaire sur des prestations importantes – consultations en cabinet de ville, médicaments à vignette blanche, biologie et analyses médicales – et ils prennent en charge au moins deux prestations de prévention par an.

BON À SAVOIR

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous ne pouvez consulter directement que les gynécologues, psychiatres ou neuropsychiatres, ophtalmologues, chirurgiens-dentistes et stomatologues. Vos enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés. C'est à l'âge de 16 ans que se fait le choix du médecin traitant.

► LES MÉDICAMENTS

Les médicaments ne sont remboursés par la Sécurité sociale à un taux de 65% (vignette blanche), de 30% (vignette bleue) ou de 15% (vignette orange) que s'ils sont prescrits par un médecin, une sage-femme, un chirurgien-dentiste, un directeur ou directeur adjoint de laboratoire d'analyses. Ce taux s'applique soit sur le prix de vente s'il est fixé réglementairement, soit sur un tarif forfaitaire de responsabilité

l'assurance

(TFR), indiqué sur la vignette. Ainsi, si vous refusez un médicament générique, vous êtes remboursé non pas sur la base du prix payé, mais sur celle du TFR correspondant au produit prescrit. L'assurance complémentaire santé prend en charge 100% de votre reste à charge. En général, vous n'avez pas à avancer les frais si vous présentez, avec votre carte Vitale, l'attestation de tiers payant délivrée par votre assureur. Attention! **Le refus d'un générique peut vous faire perdre le bénéfice de l'avance des frais par la Sécurité sociale** et donc par votre mutuelle, l'un n'allant pas sans l'autre.

Toutefois, les contrats responsables (*lire page 53*) ne remboursent pas la franchise médicale prélevée par la Sécurité sociale, à raison de 50 centimes d'euros par boîte de médicaments. Cette franchise s'applique aussi sur les actes paramédicaux et le transport sanitaire. Elle ne peut excéder 50€ par an au total. Elle servira à la lutte contre le cancer, la maladie d'Alzheimer et à l'amélioration des soins palliatifs. Les médicaments qui ne sont pas ou plus remboursés par l'Assurance maladie peuvent être couverts

BON À SAVOIR

Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologie, contraception... De plus en plus de prestations non remboursées par l'Assurance maladie sont couvertes par les assureurs et les mutuelles. Elles sont généralement remboursées aux frais réels, mais dans certaines limites.

par une assurance complémentaire, à condition toutefois qu'ils aient fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché en bonne et due forme et qu'ils soient prescrits par un médecin.

► LES SOINS ET ACTES DE LABORATOIRE

Les honoraires des sages-femmes sont pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie, ceux des infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues à 60 %. Le taux de prise en charge des analyses et examens de laboratoire, lui, varie de 60 à 70 % (100 % dans le cadre du dépistage du VIH et de l'hépatite C). **Comme pour les médicaments**, l'assurance complémentaire santé prend en charge 100 % de votre reste à charge, mais les contrats responsables (*lire page 53*) ne remboursent pas la franchise médicale prélevée par la Sécurité sociale, à raison de 50 centimes d'euros par acte et dans la limite de 2 € par jour. Ils ne couvrent pas non plus la participation forfaitaire de 1 € sur les analyses et examens de laboratoire.

► LES SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Les soins dentaires comprennent les soins dits « **conservateurs** » (détartrage, traitement d'une carie...) et les soins « **chirurgicaux** » (extractions...). Ils sont pris en charge par l'Assurance maladie s'ils figurent sur la liste des actes et prestations remboursables. Le taux de remboursement

l'assurance

est de 70% du tarif conventionnel. Ce tarif varie en fonction de l'acte, mais aussi de l'âge du patient: les enfants de moins de 13 ans bénéficient d'une tarification spécifique. Comme pour les consultations, les dépassements d'honoraires ne sont remboursés que si votre assurance complémentaire santé le prévoit en plus du ticket modérateur.

COMPRENDRE LES MODES DE REMBOURSEMENT

Pour chaque acte médical, la Sécurité sociale applique un tarif de convention (TC) et un taux de remboursement. Pour un médecin généraliste (secteur 1 ou 2), ce tarif est de 23€ au 1^{er} janvier 2011 et le taux de remboursement de 70%. Le remboursement est donc de 16,10€, moins 1€ au titre de la participation forfaitaire, soit 15,10€. La différence, ou ticket modérateur, correspond aux 30% restant à la charge de l'assuré, soit 6,90€ dans ce cas, pris en charge par les mutuelles totalement ou partiellement.

Remboursement sur frais réels (FR). C'est le cas le plus simple: vous êtes remboursé intégralement des dépenses que vous avez engagées, à condition de ne pas dépasser les plafonds contractuellement prévus.

Remboursement sur la base du tarif de convention (TC).

Les mutuelles appliquent un pourcentage du tarif de convention de la Sécurité sociale (150%, 200%, 300%...), déduction faite du remboursement déjà effectué. Exemple: un généraliste du secteur 2, dit « secteur conventionné à honoraires libres » prend 40€ pour sa consultation. Si la mutuelle rembourse 200% du TC, vous recevrez jusqu'à 46€ (2 x 23€) - 16,10€ (70% pris en charge par la Sécurité sociale), soit 29,90€. Dans ce cas, vous n'aurez rien à déboursier, le ticket modérateur étant intégralement remboursé par la mutuelle. Mais la participation forfaitaire de 1€ reste à la charge de l'assuré.

COMPRENDRE LES MODES DE REMBOURSEMENT (suite)

Remboursement en pourcentage du remboursement de la Sécurité sociale (RSS). Il s'exprime en pourcentage ou en multiple du remboursement de la Sécurité sociale. Pour une consultation chez un généraliste, si la mutuelle rembourse 200 % ou 2 fois le RSS, elle remboursera jusqu'à 2 x 16,10 € (70 % de 23 €), soit 32,20 €.

Remboursement en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Ce plafond mensuel est actuellement de 2946 €. Si votre mutuelle rembourse 10 % du PMSS, le montant maximum sera de 294,60 €.

Remboursement au forfait. Souvent proposé pour les frais d'optique ou de prothèse auditive, il doit être étudié de près pour s'assurer qu'il couvre la totalité ou une grande partie du ticket modérateur.

La participation forfaitaire de 1 € s'applique si les soins ont été réalisés par un médecin stomatologiste.

Les prothèses dentaires sont prises en charge si elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables et sont remboursées à 70 % du tarif de responsabilité, très souvent inférieur à leur coût réel (leurs prix sont libres). Ainsi, une couronne est remboursée 75,25 € sur la base de 107,50 €. Chirurgiens-dentistes et médecins stomatologistes sont tenus d'informer leurs patients en leur fournissant un devis détaillé. Sur la base de ce devis, certains assureurs et mutuelles indiquent à leurs clients leur niveau de prise en charge et les accompagnent, si besoin, dans la recherche d'une solution alternative.

Les traitements d'orthodontie font aussi l'objet d'une prise en charge sur la base d'un tarif de responsabilité. Ils doivent être commencés avant le 16^e anniversaire du patient (sauf exception) et faire l'objet d'un accord préalable de votre organisme d'assurance maladie.

L'implantologie et la parodontie sont également des actes onéreux, peu remboursés par la Sécurité sociale. C'est pourquoi de plus en plus d'assureurs les intègrent dans leurs garanties.

Le montant des garanties est généralement exprimé en pourcentage de la base de remboursement ou des frais réels, ou encore sous la forme d'un forfait équivalent à un pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

► LES LUNETTES ET LES LENTILLES

Votre médecin ophtalmologiste vous a prescrit des lunettes de vue, mais c'est à l'opticien de vous informer sur les verres et montures adaptés à vos besoins, sur leurs prix et leurs remboursements. Même chose pour les lentilles de contact.

Pour les lunettes, le tarif servant de base au remboursement des verres varie en fonction de l'âge (moins ou plus de 18 ans) et du degré de correction. Le taux de remboursement est de 60%. Pour les montures, le taux de remboursement est également de 60% mais sur la base

d'un tarif forfaitaire (actuellement 2,84€). L'Assurance maladie prend en charge les lentilles de contact pour certaines affections seulement.

Ces bases de remboursement sont extrêmement faibles et, pour être correctement couvert, **une assurance complémentaire est indispensable**. Certains assureurs prennent aussi en charge les prestations non remboursées par la Sécurité sociale : lentilles, chirurgie laser...

Le montant des garanties est généralement exprimé sous la forme d'un forfait équivalent à un pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

► L'HOSPITALISATION

L'Assurance maladie rembourse 80% des frais d'hospitalisation dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée. L'assurance complémentaire santé couvre les 20% restants, ainsi que le forfait journalier* de 18 € (13,50 € en psychiatrie) pour les frais d'hébergement, les éventuels suppléments (chambre individuelle) et dépassements d'honoraires. Dans les cliniques non conventionnées, les tarifs étant généralement supérieurs, les hospitalisations sont moins remboursées par les régimes obligatoires. Et les assurances complémentaires en tiennent aussi compte en modérant leurs taux de remboursement.

** Il existe plusieurs cas d'exonération du forfait hospitalier : grossesse, accouchement, bénéfice de la CMU complémentaire, accident du travail...*

Le montant des garanties est généralement exprimé en pourcentage du tarif de convention pour les honoraires et frais de séjour, en pourcentage des frais réels pour le forfait hospitalier et le transport, et sous la forme d'un forfait équivalent à un pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale pour les suppléments.

À noter que la franchise médicale s'applique aussi aux transports sanitaires, à raison de 2€ par transport, dans la limite de 4€ par jour et par transporteur pour un même patient. Comme pour les médicaments et les actes paramédicaux, elle est prélevée par la Sécurité sociale sur ses remboursements.

► LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX

Les assurances complémentaires santé proposent généralement en option la couverture de prestations supplémentaires : forfait maternité, vaccins et autres actes de prévention, cures thermales, prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale...

► L'ASSISTANCE

Les contrats d'assurance santé proposent de plus en plus de prestations d'assistance en complément de leurs garanties : service d'information par téléphone, aide à la recherche d'un opticien ou d'une clinique et analyse du devis, garde-malade, aide-ménagère, garde d'enfants, soutien scolaire, rapatriement, livraison des médicaments à domicile, etc.

► L'INCAPACITÉ, L'INVALIDITÉ ET LE DÉCÈS

Des **garanties de prévoyance** peuvent être souscrites avec certains contrats complémentaires santé. Elles complètent les prestations de l'Assurance maladie en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, d'invalidité permanente ou de décès. Votre assureur vous versera des **indemnités journalières** dans le premier cas, une rente ou un capital dans le deuxième, et il paiera un capital aux bénéficiaires que vous aurez désignés dans le troisième cas. En règle générale, les indemnités journalières sont **versées après application d'une franchise d'un certain nombre de jours**, variable selon les contrats et selon qu'il s'agit d'une maladie ou d'un accident. La garantie invalidité joue souvent à partir d'un taux minimal de 30% d'invalidité, mais certains contrats prévoient une couverture plus large.

Il faut savoir que l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale, en cas d'arrêt maladie, est égale à **50% du salaire journalier de base**. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt, plafonnée à 2 946 € au 1^{er} janvier 2011. Pour les salariés intérimaires ou saisonniers, le calcul s'effectue sur les douze mois précédents. Dans tous les cas, le montant de l'indemnité ne peut excéder 48,43 € par jour, sauf si vous avez au moins trois enfants à charge. Dans ce cas, le taux est porté à 66,66% à partir du

BON À SAVOIR

Vous n'avez pas à avancer les frais si vous présentez, avec votre carte Vitale, l'attestation de tiers payant délivrée par votre assureur, à condition que ce dernier ait passé un accord avec l'hôpital ou la clinique.

31^e jour d'arrêt continu et l'indemnité journalière maximale à 64,57 €. Le contrat de prévoyance complète ces sommes dans la limite de ses garanties et du revenu qui aurait été perçu sans arrêt maladie.

Des garanties de prévoyance peuvent également être souscrites dans le cadre de **contrats d'assurance individuelle accident**. Elles jouent alors exclusivement en cas d'atteinte corporelle provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure, indépendante de la volonté de l'assuré ou du bénéficiaire. Certaines circonstances font perdre le bénéfice de la garantie, comme l'ivresse, l'usage de drogues ou de tranquillisants non prescrits, la participation à une rixe ou un délit et la pratique de sports à risques. Enfin, ces garanties peuvent être limitées aux accidents de la vie privée ou de la vie professionnelle, aux accidents scolaires ou liées à la pratique d'un sport. Dans tous les cas, l'indemnisation est forfaitaire.

► LES AUTRES PRÉJUDICES ET LES FRAIS LIÉS À UN ACCIDENT CORPOREL

Au-delà des frais médicaux et de la perte de revenu, un accident corporel peut entraîner divers préjudices et frais.

Pour y faire face, les assureurs proposent la **garantie des accidents de la vie (GAV)**. Ce type de contrat couvre les accidents domestiques, médicaux, liés à des agressions, des attentats et des catastrophes naturelles ou technologiques. Il permet d'être indemnisé indépendamment de toute recherche de responsabilité. Les accidents de la route et du travail ne sont pas garantis car ils relèvent d'un régime d'assurance spécifique et obligatoire.

La garantie est en général acquise à partir d'un taux minimal de 30 % d'invalidité, mais certains contrats proposent une prise en charge à partir d'un taux inférieur. Elle prévoit le versement d'une indemnité pour les différents préjudices subis : déficit fonctionnel, frais d'aménagement, préjudice esthétique et d'agrément, souffrances endurées... En cas de décès des suites de l'accident, l'assureur prend en charge les préjudices économiques et moraux subis par les bénéficiaires, déduction faite, le cas échéant, des sommes déjà versées à l'assuré.

BON À SAVOIR

Le montant de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale varie avec le taux d'invalidité : depuis le 1^{er} avril 2011, il est au minimum de 270,69 € par mois et au maximum de 1 473 €, majorés de 1 060,16 € par mois en cas de recours à une tierce personne.

CHAPITRE 5

VOTRE AVENIR

[retour au sommaire](#)

Avec la baisse inéluctable du niveau des retraites et l'augmentation de la durée de vie, se posent de nouveaux problèmes en matière d'épargne et de prévoyance.

Pour compléter sa retraite, chacun va devoir miser sur l'épargne constituée tout au long de sa vie. Pour cela, il existe l'assurance vie, bien sûr, mais aussi des contrats d'épargne individuels comme le Perp, accessible à tous, ou le contrat Madelin pour les travailleurs indépendants ; et des contrats d'épargne collectifs comme le Perco pour les salariés, qui permettent, à la sortie, le versement d'une rente viagère.

Il faudra aussi de plus en plus prendre en compte le problème de la dépendance, en souscrivant des contrats d'assurance spécifiques, venant en complément de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), forcément insuffisante.

Et puis, ne pas oublier de protéger ses proches, avec l'assurance vie, là encore, mais aussi avec une assurance décès, temporaire ou vie entière, donnant lieu au versement d'une rente ou d'un capital.

 **VOS BESOINS****► VOUS VOULEZ UN COMPLÉMENT DE REVENUS POUR VOTRE RETRAITE**

Avec de plus en plus de retraités dans les années à venir, une durée de vie et des pensions qui s'allongent, l'équilibre des régimes obligatoires de retraite est compromis. Les cotisations des actifs ne suffisent plus et suffiront de moins en moins à financer les pensions des retraités. Le rapport entre la première pension et le dernier salaire (taux de remplacement) ne cesse de baisser. Dans ce contexte, chacun peut, quelle que soit sa situation professionnelle, **se constituer une épargne retraite supplémentaire à titre personnel, en déduisant ses cotisations de son revenu imposable**. Pour les salariés, différents produits d'assurance peuvent être proposés dans le cadre d'un **plan d'épargne retraite populaire** (Perp). De même, pour les travailleurs non salariés, dans le cadre des contrats dits « **Loi Madelin** ».

Cette épargne longue est également accessible aux salariés des entreprises qui ont souscrit des contrats collectifs d'assurance retraite supplémentaire. Ces contrats peuvent prendre la forme d'une assurance retraite à cotisations définies (article 83), d'un plan d'épargne retraite collectif (Perco) ou d'un plan d'épargne retraite

d'entreprise (Pere). L'adhésion est obligatoire et les avantages fiscaux et sociaux variables d'un produit à l'autre.

BON À SAVOIR

L'ensemble de ces contrats permettent une déduction fiscale dans la limite de 10 % du bénéfice ou du revenu imposable, plafonné à huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (Pass), soit 35 352 € en 2011. Le montant maximal de déductibilité pour le Perp est ainsi de 28 281 € en 2011. Les contrats Madelin offrent, en outre, une déduction supplémentaire égale à 15 % de la fraction de bénéfice imposable comprise entre 1 et 8 fois le Pass.

► VOUS VOULEZ PROTÉGER VOS PROCHES EN CAS DE DÉCÈS

Si vous souhaitez faire bénéficier vos proches d'un capital ou d'un revenu complémentaire pour faire face à votre disparition, l'assurance vie, les plans d'épargne retraite Perp et les contrats Madelin prévoient le versement de l'épargne restante au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), sous forme de capital ou de rente (*lire page 74*). Vous pouvez aussi souscrire un contrat d'assurance décès. Cela ne permet pas d'épargner pour constituer un capital ou une rente, mais de garantir dès la souscription (sous réserve des éventuels délais de carence) le versement en cas de décès d'un capital ou d'une rente aux bénéficiaires désignés, quelle que soit la cause du décès (maladie, accident...).

► VOUS VOULEZ FAIRE FACE AU RISQUE DE DÉPENDANCE

Si l'espérance de vie sans incapacité progresse, le risque de devenir dépendant s'accroît après 80 ans. L'âge moyen des personnes dépendantes est de 78 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes. Les pouvoirs publics envisagent d'aménager le dispositif d'aide actuel pour une meilleure prise en charge. Des incitations fiscales complémentaires à celles existantes pourraient également être mises en place.

En effet, l'**allocation personnalisée d'autonomie** (Apa) et les autres aides actuelles (exonérations de charges sociales pour l'emploi salarié d'un aidant, notamment) ne suffisent pas pour couvrir les besoins des personnes âgées les moins autonomes. L'Apa n'est pas accordée aux personnes ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Elle est attribuée sans condition de ressources, mais ce montant varie en fonction de celles-ci et du niveau de dépendance. Il est de 1 261,60 € par mois au maximum dans les cas les plus lourds et en moyenne de 493 €. Or, le coût de la dépendance s'élève en moyenne à 1 800 € par mois à domicile et à 2 300 € dans un établissement. Une rente complémentaire aux revenus de la retraite s'avérera souvent nécessaire

pour couvrir ces frais sans détériorer son patrimoine. Outre cette dimension financière, **une assistance humaine est nécessaire**, tant la situation de dépendance est difficile à vivre : inversion des valeurs familiales, isolement, démarches administratives complexes, épuisement des aidants familiaux...

BON À SAVOIR

Il existe des contrats pour faire face au risque de dépendance de vos proches : en cas de besoin, vous avez en effet l'obligation de financer tout ou partie des dépenses de santé et d'hébergement de vos ascendants ou descendants.

Assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance couvrent la dépendance par des **contrats spécifiques** ou des garanties complémentaires à l'assurance vie, décès ou retraite. En plus du versement d'une rente dépendance et /ou d'un capital, ils proposent des prestations d'assistance visant à améliorer directement la vie des assurés dépendants et de leur entourage : information et aide à la recherche de solutions, services d'aide à domicile et de soutien psychologique... La souscription est ouverte à partir de 40 ans et généralement limitée à 75 ans. En souscrivant tôt (à 50 ans), vous vous assurez une rente mensuelle de 500 € pour une cotisation de l'ordre de 30 à 40 € par mois. **Plus vous souscrivez tard, plus**

Le montant des cotisations sera élevé, d'autant que des surprimes pourront être appliquées, compte tenu de votre état de santé. Il se peut que vous bénéficiiez déjà d'une garantie dépendance au titre d'un contrat collectif d'entreprise : cette garantie ne joue en général que pendant votre période d'activité. Au-delà, vous devrez souscrire une assurance individuelle pour rester couvert. Elle peut parfois couvrir votre conjoint ou les proches qui vous aideront.

► VOUS VOULEZ FINANCER ET ORGANISER VOS OBSÈQUES

Si vous souhaitez financer vos obsèques ou même organiser à l'avance leur déroulement, **l'assurance obsèques** prévoit un ensemble de dispositions à cet effet. Vous pouvez, le cas échéant, adhérer à un contrat de financement obsèques et désigner une société de pompes funèbres comme bénéficiaire. Si le montant du capital est supérieur à celui des obsèques, le solde sera reversé aux bénéficiaires de second rang.

Si vous choisissez de souscrire un contrat de prestations qui prévoit à la fois le financement et l'organisation de vos obsèques, l'assureur intervient en lien avec une société de pompes funèbres, qui établit avec vous, lors de la souscription, tous les détails de la cérémonie. Le dénouement de ces contrats « vie entière » est certain (*lire page 73*).

VOS GARANTIES

► UN CAPITAL OU UNE RENTE POUR PROTÉGER VOS PROCHES

L'assurance vie permet de transmettre son épargne en cas de décès sous la forme d'un capital ou d'une rente. La fiscalité dépend des dates d'ouverture du contrat et de versement des primes, ainsi que de l'âge du souscripteur. Le capital transmis correspondant à vos versements effectués avant votre 70^e anniversaire sera exonéré de droits de succession jusqu'à 152 500 € (tous contrats confondus) pour chaque bénéficiaire désigné, puis imposé à 20 % au-delà. En revanche, le capital correspondant aux versements effectués après 70 ans ne sera exonéré que dans la limite de 30 500 €, tous contrats et bénéficiaires confondus, puis soumis aux droits de succession en fonction du lien de parenté de chaque bénéficiaire.

Si vous devez faire face à un besoin de financement ponctuel ou exceptionnel, vous pouvez retirer définitivement une partie de votre épargne en effectuant un rachat partiel. Pour les besoins de financements réguliers, il existe également sur certains contrats la possibilité de mettre en place des plans de rachats partiels programmés : tous les mois, un montant prédéfini sera racheté sur votre contrat.

l'assurance

À noter que les contrats d'assurance vie sont assujettis à différentes contributions sociales : la contribution sociale généralisée (CSG) au taux de 8,2 %, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) au taux de 0,5 %, le prélèvement social de 2,2 %, ainsi que deux contributions additionnelles de 0,3 % et 1,1 %, destinées à financer le revenu de solidarité active (RSA). En cas de rachat, leur produit est à déclarer au titre de l'impôt sur la fortune.

UNE FISCALITÉ AVANTAGEUSE

L'assurance vie présente un régime fiscal avantageux. Les intérêts produits par cette épargne ne sont imposés que lors du rachat total ou partiel du contrat. L'imposition se fait alors au prorata des sommes retirées : si vous rachetez 20 % de votre contrat, l'impôt portera sur 20 % des intérêts acquis depuis l'ouverture. Pour bénéficier pleinement des avantages fiscaux d'un contrat d'assurance vie, il faut l'alimenter au moins huit ans. Dans ce cas, les plus-values ne sont imposables qu'au taux de 7,5 %, après un abattement de 4600 € par an (9200 € pour un couple marié), sur la fraction du retrait correspondant aux gains. Si vous rachetez tout ou partie de votre contrat plus tôt, il n'y aura pas d'abattement et le taux d'imposition sera de 35 % si le contrat a moins de quatre ans et de 15 % s'il a entre quatre et huit ans. Les prélèvements sociaux (12,3 %) sont pris chaque année sur les contrats en euros, comme sur les fonds en euros des contrats multisupports.

L'assurance décès, quant à elle, permet le versement d'un capital ou d'une rente en cas de décès. Le capital ou la rente versés dans ce cas sont exonérés des droits de succession dans les mêmes conditions que l'assurance vie

(plafonds des versements avant et après 70 ans...). Ils sont totalement exonérés d'impôts sur le revenu. Ce peut être une assurance « temporaire » ou une assurance « vie entière ».

L'assurance « temporaire décès » est un contrat à fonds perdu, dont les garanties sont limitées dans le temps : les cotisations versées ne sont pas rachetables, en cas de sortie du contrat, toutes les garanties cessent. Les garanties cessent également à une limite d'âge prédéfinie : en général à 60, 70 ou 75 ans.

On choisira ce type de contrat si l'on veut protéger ses proches dans une période plus risquée de sa vie. (ex : premier emploi, changement d'emploi, premier achat immobilier, nouvelle installation, naissance, études des enfants, mariage ou vie à deux...) L'idéal étant de prévoir, en même temps, une épargne qui pourra prendre le relais lorsque la période « risquée » sera terminée.

L'assurance décès « vie entière » propose une garantie viagère (qui dure sur la vie entière) : suite à la souscription et au(x) versement(s) des cotisations, une rente ou un capital sera versé aux bénéficiaires, quel que soit l'âge au moment du décès. Dans ce cas, un montant de rachat est défini sur le contrat. Contrairement à l'assurance vie, ce montant de rachat n'est pas déterminé comme une « épargne » constituée en fonction des versements, mais calculé en fonction des versements effectués, de l'espérance de vie de l'assuré à la date du rachat et des revalorisations.

Enfin, le plan d'épargne retraite populaire (Perp) et le contrat Madelin (travailleurs non salariés), tous deux destinés à constituer un complément de retraite, permettent aussi le versement d'une rente viagère au conjoint ou à un bénéficiaire désigné, ou celui d'une rente éducation aux enfants mineurs. Ces rentes sont soumises à l'impôt sur le revenu.

BON À SAVOIR

Toute personne physique ou morale peut contacter l'Agira (*adresse page 91*) pour savoir si elle est bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit à son profit par une personne décédée.

► UNE RENTE OU UN CAPITAL POUR VOTRE RETRAITE

Si vous souscrivez un **plan d'épargne retraite** (Perp) ou un **contrat Madelin**, vous percevrez une rente viagère quand vous aurez l'âge de partir en retraite. La réforme des retraites, entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2011, prévoit un nouveau mode de sortie pour le Perp sous forme de capital à hauteur de 20%. Auparavant, le versement en capital n'était possible que pour l'acquisition de votre résidence principale en accession à la première propriété. Dans tous les cas, les prestations sont soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des pensions, après abattement de 10%.

L'assurance vie vous permet, elle, de choisir au départ entre le versement d'un capital ou d'une rente viagère.

Le montant de la rente dépend de votre âge lors de sa mise en service, de même que sa part imposable (70 % avant 50 ans, 50 % de 50 à 59, 40 % de 60 à 69 et 30 % au-delà de 69 ans). Il est soumis à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), à la contribution sociale généralisée (CSG), au prélèvement social, à la contribution additionnelle au prélèvement social et à la contribution additionnelle au titre du revenu de solidarité active (RSA). Les rentes viagères servies au titre des contrats collectifs d'entreprise sont, en revanche, considérées comme des revenus imposés dans la catégorie des pensions, après abattement de 10 %. La CRDS et la CSG sont prélevées à chaque versement de la rente.

► UN CAPITAL ET UNE RENTE EN CAS DE DÉPENDANCE

Selon le contrat que vous aurez souscrit, vous percevrez une rente en cas de dépendance totale et /ou partielle. En général, les assureurs mesurent l'état de dépendance en fonction de **deux grilles d'évaluation** : celle répertoriant les actes essentiels de la vie quotidienne (AVQ) et celle de l'AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-resources), qui sert de référence aux pouvoirs publics pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (*voir encadré page 77*). Enfin, il existe de nombreux tests de mesure de la dépendance en fonction de chaque cas : dépendance physique / psychique... Ces tests pourront

vous être demandés par l'assureur qui, en général, les prendra à sa charge (test de Folstein...)

L'état de dépendance totale sera défini, selon les cas, par l'incapacité à réaliser 5 ou 6 AVQ ou bien par l'appartenance aux groupes iso-ressources 1 et 2.

De même, les assureurs disposent de différents critères pour mesurer la perte partielle d'autonomie et ils la garantissent dans des proportions diverses. Certains se réfèrent à l'incapacité à effectuer 1, 2, 3 ou 4 actes de la vie quotidienne et d'autres aux GIR 3, 4 et 5. Dans tous les cas (sauf litige), c'est un avis du médecin-conseil de la compagnie d'assurance qui définira le niveau de perte d'autonomie sur la base d'un dossier médical complet.

Si votre contrat couvre tous les états de dépendance, le montant de la rente prévue au contrat est versé à 100% en cas de dépendance totale, et en partie seulement en cas de dépendance partielle. Certains contrats prévoient aussi le versement d'un capital pour faire face aux dépenses d'équipement générées par la dépendance: aménagement du logement, acquisition de matériel spécialisé... Rente et capital sont exonérés d'impôts. Une franchise peut être appliquée à compter de la reconnaissance de l'état de dépendance: la rente n'est alors versée que passé le délai indiqué. Attention aussi au **délai de carence**! Pendant cette période, qui court en général sur 1 à 3 ans à compter de la souscription, vous n'êtes pas couvert si vous devenez dépendant, sauf si l'origine de votre perte d'autonomie

est un accident. Vous devez vérifier que le contrat prévoit le remboursement des cotisations versées dans ce cas.

MESURER L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

Les six actes de la vie quotidienne (AVQ)

L'incapacité à accomplir les actes suivants signale un état de dépendance :

- Faire sa toilette
- S'alimenter
- S'habiller et se déshabiller
- Se déplacer sur une surface plane
- Effectuer ses transferts (du lit à un fauteuil et inversement...)
- Être continent

Les six groupes iso-ressources (GIR)

Les GIR permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie :

- Le GIR 1 représente les cas les plus graves : personnes confinées au lit ou en fauteuil et dont les fonctions intellectuelles et / ou physiques sont gravement altérées.
- Le GIR 2 concerne les personnes confinées au lit ou en fauteuil, mais qui ont encore tout ou partie de leurs facultés, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui conservent la capacité de se déplacer.
- Le GIR 3 concerne des personnes qui ont besoin d'aide plusieurs fois par jour pour se déplacer.
- Le GIR 4 correspond aux personnes qui ne peuvent se lever, se laver, s'habiller et se coucher seules, ou se laver, s'habiller et s'alimenter seules.
- Le GIR 5 regroupe les personnes qui ont besoin d'une aide ponctuelle pour leur toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 réunit les personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

l'assurance

>> EN PRATIQUE



VOUS ET VOTRE ASSUREUR

>> VOUS INFORMER ET VOUS CONSEILLER

De nombreuses informations sur l'assurance sont accessibles sur Internet. La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et ses représentants régionaux (réseau CDIA) diffusent des informations générales et sur l'actualité, ainsi que des fiches pratiques que vous pouvez télécharger. La Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema) ont également leurs sites d'information en ligne. Vous trouverez les coordonnées de ces organismes page 91.

LES ASSUREURS INFORMENT

Au-delà de l'information sur leurs produits, les compagnies d'assurance, les mutuelles et certains intermédiaires en assurance diffusent des informations liées à l'actualité, des dossiers et des fiches pratiques. Consultez leurs sites.

Bien utiles en première approche, ces informations en ligne ne dispensent pas d'un contact direct avec la compagnie d'assurance, la mutuelle ou leurs intermédiaires pour bien cerner vos besoins, vos droits et obligations. Des services d'accueil téléphonique très performants sont à votre disposition. Vous pouvez aussi vous rendre chez un agent général ou un courtier d'assurances. Le courtier a pour rôle de trouver un assureur et de

mettre son client en relation avec ce dernier. Il agit donc en toute indépendance alors que l'agent général est mandataire d'une entreprise d'assurance. Tous deux doivent être immatriculés et inscrits auprès de l'**Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance** (Orias). Il est possible de le vérifier sur le site Internet de l'Orias. L'intermédiaire doit vous en informer et vous donner également les coordonnées du service de réclamation de la société auprès de laquelle vous êtes assuré, et de l'**Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles** (Acam). Vous trouverez également les coordonnées de ces organismes page 91.

>> SOUSCRIRE

Préalablement à la souscription d'un contrat, l'intermédiaire doit notamment vous préciser : son identité, son immatriculation, les procédures de réclamation et de recours, s'il est soumis ou non à une obligation d'exclusivité...

Le devoir d'information et de conseil des intermédiaires d'assurance est aujourd'hui très formalisé. Le courtier ou l'agent général doit vous remettre, lors de la signature du contrat, **un document précisant les besoins et les exigences que vous avez exprimés, ainsi que les raisons pour lesquelles tel contrat vous est conseillé**. Exceptionnellement, ces informations peuvent vous être fournies par écrit après la signature du contrat, si vous avez besoin d'une garantie immédiate.

En assurance vie, les intermédiaires d'assurance ont désormais l'obligation d'interroger le client sur sa situation financière et de vérifier ses connaissances et expériences dans le domaine financier. La proposition d'assurance équivaut à la note d'information précontractuelle, à condition qu'elle précise bien en tête du document : la nature du contrat, les garanties offertes, l'existence

l'assurance

ou non d'une participation aux bénéfices, la disponibilité des sommes en cas de rachat, les frais, la durée du contrat conseillée, le mode de désignation du bénéficiaire. La proposition doit également indiquer les valeurs de rachat ou de transfert au terme de chaque année, au moins pour les huit premières, ainsi que la somme des primes versées. Pour les contrats multisupport, la valeur de rachat est donnée en nombre d'unités de compte. Une fois le contrat conclu, vous avez trente jours pour y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception.

DONNEZ DES RENSEIGNEMENTS PRÉCIS

Vous devez veiller à répondre de façon scrupuleuse et détaillée aux questions posées par l'assureur ou son intermédiaire : une omission ou une fausse déclaration peuvent, en effet, être lourdes de conséquences (réduction des indemnités, refus de la garantie ou nullité du contrat). De la qualité de vos réponses dépend aussi la qualité de votre couverture : certains risques peuvent nécessiter des extensions de garantie ou faire l'objet de mesures de protection particulières. C'est pourquoi il est important de bien lire la proposition et les informations sur le contrat d'assurance qui vous sont soumises avant la conclusion du contrat.

>> REMPLIR UN QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Pour assurer certains risques (emprunt, dépendance, décès), vous devez, dans la plupart des cas, remplir un questionnaire médical. Qu'il s'agisse d'un formulaire imprimé ou électronique, ce document est **confidentiel** et vous devez le remplir seul ou avec l'aide de votre médecin traitant. L'exactitude et la sincérité des informations que vous y portez sont déterminantes pour l'obtention et le bénéfice de la garantie. En effet, l'assureur a besoin d'évaluer précisément le risque pour accepter de le garantir et déterminer le montant de votre

prime d'assurance. **En cas d'omission, de fausse déclaration ou d'inexactitude, vous pouvez perdre le bénéfice de tout ou partie de la garantie.**

Le questionnaire porte exclusivement sur les événements relatifs à votre santé. Pour préserver sa confidentialité, il doit être envoyé sous pli cacheté au médecin-conseil de la compagnie d'assurance ou de la mutuelle. Si ce médecin a besoin d'informations complémentaires, il prendra directement contact avec vous. Le cas échéant, il vous demandera de passer des examens médicaux.

>> PAYER VOS COTISATIONS

La cotisation doit être réglée à la date d'échéance. Le Code des assurances prévoit une procédure non judiciaire en cas de défaut de paiement des cotisations. Ainsi, si vous n'avez pas réglé votre cotisation dans un délai de dix jours après la date d'échéance, votre assureur vous adressera une mise en demeure (interpellation notifiant sa volonté de recouvrer sa créance). L'envoi de la mise en demeure fait courir un délai de trente jours (jours fériés et chômés exclus). À l'expiration de ce délai, faute de règlement de la cotisation, les garanties sont suspendues et votre assureur peut résilier votre contrat.

En cas de paiement pendant la suspension, les garanties vous sont à nouveau acquises dès le lendemain du règlement, à midi. Toutefois, si un sinistre est survenu entre la date de suspension du contrat et celle de sa remise en vigueur, vous ne serez pas indemnisé.

Pour l'assurance vie, les modalités sont différentes. Le délai de paiement est de quarante jours après la date d'expédition de la lettre recommandée de l'assureur. Cette lettre doit

préciser si, à défaut de règlement, le contrat perdurera avec des garanties réduites ou s'il sera résilié.

Vous pouvez refuser une augmentation de la prime ou des frais si une clause « d'adaptation » (révision, indexation) n'est pas prévue au contrat. Cette règle ne joue pas lorsque la modification est imposée par la loi.

>> MODIFIER VOTRE CONTRAT

Suppression ou ajout d'une garantie, insertion d'une clause, majoration du capital assuré... Toute addition ou modification au contrat d'assurance doit être constatée par un avenant signé des deux parties lorsqu'elle est faite à la demande de l'assureur, conformément aux dispositions du Code des assurances. **Les nouvelles dispositions contractuelles sont précisées dans un avenant signé par l'assuré.** Lorsque l'assuré est à l'origine de la demande, l'assureur a dix jours pour refuser. Sans réponse de sa part, la modification est acceptée.

L'assuré doit notamment déclarer en cours de contrat toute circonstance nouvelle qui aggrave les risques assurés ou qui en crée de nouveaux. La déclaration doit être effectuée par lettre recommandée à l'assureur ou à son intermédiaire dans les quinze jours à partir du moment où l'assuré a eu connaissance de la circonstance nouvelle.

En cas d'aggravation, l'assureur peut soit dénoncer le contrat, soit proposer un nouveau montant de prime. Dans ce dernier cas, suite à votre refus ou à votre silence, l'assureur peut résilier le contrat au terme d'un délai de trente jours après sa proposition. Quoi qu'il en soit, **pensez à déclarer à votre assureur toute circonstance de nature à aggraver le risque,**

comme l'utilisation de votre véhicule personnel pour votre activité professionnelle. À l'instar de l'aggravation du risque, pensez également à déclarer la disparition de circonstances aggravantes, mentionnées à votre contrat, et à demander la réduction de votre prime en conséquence. Si l'assureur refuse de baisser votre prime, vous pouvez dénoncer votre contrat. La résiliation prend effet trente jours après dénonciation.

Ces déclarations ne concernent pas les contrats d'assurance vie ou santé : vous n'avez pas à signaler les évolutions de votre santé en cours de contrat à l'assureur.

>> DÉCLARER UN SINISTRE

Délais

C'est le contrat qui fixe le délai de déclaration, délai qui ne peut toutefois être inférieur à cinq jours ouvrés. Néanmoins, des délais spécifiques sont prévus pour certaines catégories d'assurances (deux jours en cas de vol).

Formalités

Vous devez respecter certaines formalités. Ainsi, en cas de vol ou de vandalisme, vous devez fournir le dépôt de plainte (déclaration auprès des autorités), puis tout document utile à l'évaluation des dommages.

En assurance automobile, le constat amiable reste le meilleur moyen de déclaration d'un sinistre. Il précise la majeure partie des informations indispensables à l'assureur (conducteurs impliqués, circonstances de l'accident...).

En cas d'accident avec un véhicule immatriculé à l'étranger, que l'événement survienne en France ou hors des frontières,

l'assurance

vous devrez le déclarer le plus rapidement possible à votre assureur automobile qui gèrera votre dossier. Selon les cas, le Fonds de garantie des assurances obligatoires ou le Bureau central français interviendra (*lire page 91*).

Si vous êtes couvert par une garantie individuelle accident spécifique ou annexée à un autre contrat (multirisque habitation, assurance scolaire ou extrascolaire, etc.), vous devez déclarer l'accident selon les modalités fixées par votre contrat d'assurance (lettre recommandée, courrier simple, appel téléphonique) dans les cinq jours ouvrés à compter de sa date de survenance. Vous préciserez le numéro de votre police d'assurance, la date, le lieu et les circonstances exactes de l'accident, les coordonnées des témoins éventuels, votre adresse et lieu d'hospitalisation.

Enfin, **si vous êtes couvert par une assurance en cas d'incapacité de travail**, vous devez déclarer l'arrêt de travail à votre assureur dans les meilleurs délais et au plus tard avant le terme du délai de franchise.

>> L'EXPERTISE

Pour tout sinistre, l'assureur peut mandater un expert d'assurance. Ce recours à l'expertise n'est pas systématique : il est rare pour un bris de glace, par exemple, obligatoire en assurance dommages ouvrage, et très fréquent en cas de dégât des eaux et a fortiori d'incendie, pour lesquels la définition de l'origine du sinistre est complexe. L'assureur vous informe du passage de l'expert. **En cas de dommages à votre habitation et à vos biens**, l'expertise doit permettre de déterminer les circonstances et l'origine du sinistre,

et d'évaluer le montant du préjudice. C'est pourquoi seules les réparations et mesures visant à sauvegarder les biens peuvent précéder la visite de l'expert. Les autres dommages doivent rester en l'état. L'expert recueille toutes les pièces susceptibles de prouver l'existence ou la valeur des biens : factures, bons de garantie, photos...

L'expertise d'un véhicule après un accident a généralement lieu chez un réparateur agréé ou non par l'assureur. Vous pouvez demander à l'expert de vous adresser une copie de son rapport.

En cas de dommages corporels résultant d'un accident de la circulation dans lequel est impliqué un véhicule terrestre à moteur, l'assureur de responsabilité doit présenter une offre à la victime dans les conditions prévues par la loi. Pour cela, l'assureur constitue le dossier d'indemnisation de la victime.

Si les dommages corporels sont légers, la fourniture de certificats médicaux, d'ordonnances, d'avis d'arrêt de travail et autres pièces médicales peut être suffisante pour fixer une proposition d'indemnisation. Si tel n'est pas le cas, il établit sa proposition après expertise d'un médecin spécialisé.

Cet expert médical examine la victime, qui peut se faire assister par le médecin de son choix. Il établit l'imputabilité des dommages et évalue le dommage corporel, notamment au travers des différents postes de préjudice : déficit fonctionnel permanent (DFP), perte de gains professionnels, souffrances endurées, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, besoins d'assistance par une tierce personne, appareillages médicaux, etc.

l'assurance

EN CAS DE DÉSACCORD AVEC L'EXPERT

Dans tous les cas, si vous n'êtes pas d'accord avec les conclusions de l'expert de l'assureur, vous pouvez mandater un expert de votre choix, à vos frais, pour une contre-expertise. Le cas échéant, un troisième expert sera nommé pour arbitrage. Ses honoraires et ses frais seront réglés pour moitié par l'assureur et par vous-même. Toutefois, certains contrats prévoient la prise en charge des honoraires d'expert d'assuré dans certaines conditions et limites.

>> L'INDEMNISATION

En assurance habitation et pour les garanties dommages, l'assureur propose une indemnité avec ou sans vétusté, en fonction du contrat souscrit.

En assurance automobile, l'offre d'indemnisation varie en fonction de la nature des dommages et de votre part de responsabilité.

Ainsi, l'indemnisation des dommages corporels est-elle strictement encadrée lorsqu'elle est faite par l'assureur du conducteur responsable.

En assurance santé, incapacité et invalidité, les indemnités sont servies en complément des prestations de votre régime de base. **En cas de décès**, le dossier est traité dans les plus brefs délais, dès que toutes les pièces nécessaires sont réunies.

>> LA RÉCLAMATION ET LA MÉDIATION

En cas de désaccord avec votre assureur ou son intermédiaire, **la première démarche consiste à écrire au service clientèle**, consommateur ou autre, chargé de recevoir les réclamations.

Si cette procédure ne suffit pas, vous pouvez recourir ensuite au médiateur de la Fédération française des sociétés d'assurance ou du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (*adresses page 91*). Vous devez lui écrire en précisant le nom de la société avec laquelle vous êtes en litige, le numéro de votre contrat d'assurance et de votre dossier s'il s'agit d'un sinistre, la nature et le motif de votre réclamation, ainsi que la position de l'assureur. Vous joindrez obligatoirement au dossier la copie des courriers échangés et, en particulier, la dernière réponse reçue, témoignant de l'issue négative de vos démarches précédentes.

>> LA RÉSILIATION D'UN CONTRAT

Les contrats individuels à destination des risques de particuliers ont une durée annuelle et se renouvellent par tacite reconduction.

L'assuré peut résilier son contrat à l'échéance. Nul besoin alors de motiver la résiliation. Vous devez, en revanche, bien respecter le délai prévu pour cette dernière (au moins deux mois avant la date d'échéance, mais votre contrat peut prévoir un délai moindre) pour envoyer une lettre recommandée.

Pour les contrats à tacite reconduction couvrant les personnes physiques en dehors de leur activité professionnelle, l'assureur est tenu de rappeler (sur l'avis d'échéance annuelle) la date limite de résiliation au moins quinze jours avant celle-ci. À défaut d'information par l'assureur, vous pouvez mettre un terme au contrat à tout moment sans pénalité.

En cas de changement dans la situation de l'assuré (domicile, situation matrimoniale, régime matrimonial, profession, départ en retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle), le contrat peut être résilié dans les trois

l'assurance

mois suivant l'événement. Néanmoins, il est nécessaire que ce dernier ait une incidence sur le risque couvert.

REMARQUES :

- Pour un véhicule terrestre ou un bateau de plaisance, la règle est différente: en cas d'aliénation, le contrat d'assurance est suspendu de plein droit le lendemain à 0 heure. À défaut de remise en vigueur du contrat par l'une ou l'autre des parties ou de résiliation (moyennant préavis de 10 jours), la résiliation de plein droit du contrat intervient à l'expiration d'un délai de 6 mois.
- Enfin, en cas de perte totale du bien assuré, résultant d'un événement non garanti par le contrat, l'assurance cesse automatiquement avec remboursement des primes au prorata temporis (période qui s'étend de la date de disparition de la chose assurée à la date d'échéance).

L'assurance vie est un autre cas particulier: vous pouvez mettre un terme à votre contrat à tout moment en demandant son rachat par lettre recommandée avec accusé de réception. L'assureur dispose de deux mois pour vous régler.

L'assureur peut, lui aussi, résilier le contrat à l'échéance par lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant le délai fixé (généralement deux mois). Il peut également le faire en cas de non-paiement des cotisations, d'aggravation du risque ou après sinistre, si une telle possibilité est prévue au contrat.

Exception en assurance automobile, où la résiliation après sinistre n'est possible que dans les cas fixés par le Code des assurances (imprégnation alcoolique, influence de stupéfiants, infraction au Code de la route entraînant une décision judiciaire ou administrative de suspension de permis de conduire d'au moins un mois ou annulation du permis).

OÙ VOUS ADRESSER ?

>> AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL (ACP)

61, rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09
Tél. : 01 55 50 41 41 • www.acam-France.fr

>> BUREAU CENTRAL FRANÇAIS

1, rue Jules-Lefebvre, 75431 Paris cedex 09
Tél. : 01 53 21 50 80 • www.bcf.asso.fr

>> CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

50, avenue du Professeur-André-Lemierre, 75986 Paris cedex 20
Tél. : 01 72 60 10 00 • www.ameli.fr

>> CAISSE NATIONALE DU RÉGIME SOCIAL DES INDÉPENDANTS (RSI)

264, avenue du Président-Wilson, 93457 La Plaine-Saint-Denis cedex
Tél. : 01 77 93 00 00 • www.le-rsi.fr

>> FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE (FFSA) ET SON RÉSEAU RÉGIONAL (CDIA)

26, boulevard Haussmann 75311, Paris cedex 09
Tél. : 01 42 47 90 00 • www.ffsa.fr

>> FÉDÉRATION NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)

255, rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15
Tél. : 01 40 43 30 30 • www.mutualite.fr

>> FONDS DE GARANTIE DES ASSURANCES OBLIGATOIRES DE DOMMAGES

64, rue DeFrance, 94682 Vincennes cedex
Tél. : 01 43 98 77 00 • www.fondsdegarantie.fr

>> GROUPEMENT DES ENTREPRISES MUTUELLES D'ASSURANCES (GEMA)

9, rue de Saint-Pétersbourg, 75008 Paris
Tél. : 01 53 04 16 00 • www.gema.fr

>> ORGANISME POUR LE REGISTRE DES INTERMÉDIAIRES EN ASSURANCE (ORIAS)

1, rue Jules-Lefebvre, 75311 Paris cedex 09
Tél. : 01 53 21 51 95 • www.orias.fr

LEXIQUE

Assurance auto: seule l'assurance de responsabilité civile automobile est obligatoire. Elle couvre les dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes aux personnes et aux biens, dans la réalisation desquels un véhicule terrestre à moteur est impliqué. Cette garantie est illimitée. Les autres garanties sont facultatives : dommages au véhicule, vol, bris de glace et garantie du conducteur (individuelle accident).

Assurance maladie: c'est un dispositif permettant la prise en charge de tout ou partie des dépenses de santé, ainsi qu'un revenu minimum lorsqu'une personne est dans l'incapacité de travailler du fait de sa santé.

Assurance complémentaire santé: cette assurance complète les remboursements de l'Assurance maladie (frais médicaux) et peut prendre en charge certains actes médicaux non remboursés.

Assurance décès: cette assurance permet de protéger ses proches en cas de décès, suite à un accident ou une maladie, en cotisant pour que leur soit versé un capital défini à l'avance.

Assurances de dommages aux biens: cette assurance couvre les dommages matériels aux biens assurés.

Assurance multirisque habitation: l'assurance multirisque habitation a pour objet de couvrir plusieurs risques pouvant affecter l'assuré dans le cadre de la vie privée.

Elle couvre notamment les dommages matériels aux biens immobiliers et mobiliers, ainsi que la responsabilité civile «vie privée» des assurés. Elle peut aussi comporter des services d'assistance, ainsi qu'un chapitre protection juridique.

Assurance de responsabilité civile «vie privée»: l'assurance de responsabilité civile «vie privée» (ou assurance RC chef de famille) est une assurance de dommages à caractère indemnitaire dont l'objet est la dette de responsabilité de l'assuré envers un tiers victime. L'assurance de responsabilité civile prend en charge les conséquences pécuniaires de ces dommages en indemnisant les victimes. Elle ne couvre pas ce qui relève de la responsabilité pénale (les amendes par exemple).

Assurance supplémentaire retraite: il s'agit de contrats individuels ou collectifs qui complètent les régimes obligatoires d'assurance retraite.

Assurance vie: cette assurance permet de se constituer un capital sur une durée minimale de huit ans à des conditions fiscales avantageuses. En cas de décès du souscripteur, l'épargne disponible est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au contrat.

Assuré: c'est la personne dont la vie, les actes ou les biens sont garantis par un contrat d'assurance. Selon les contrats, l'assuré est ou n'est pas le souscripteur du contrat.

Avenant: ce document constitue le mode et la preuve de la modification du contrat. Il est signé par les parties (assureur et souscripteur).

Ayant droit: personne détenant un droit transmis par une autre personne.

Bonus / malus: coefficient modulant la prime d'assurance auto (réduction ou majoration) en fonction de la sinistralité individuelle. Le bonus maximum est plafonné à 0,50,

l'assurance

le malus maximum est plafonné à 3,50. S'il est supérieur à 1, il est ramené à 1 après deux années consécutives sans sinistre responsable. Un bonus de 0,50 depuis plus de trois ans ne donne pas lieu à application d'un malus lors du premier sinistre responsable.

Bénéficiaire : c'est la personne qui reçoit le capital ou la rente versée par l'assureur. Pour les assurances de dommages, c'est la personne qui bénéficie de l'indemnité d'assurance ou de la prestation.

Conditions particulières du contrat : elles décrivent les aspects du contrat propres à chaque assuré. Si nécessaire, elles modifient les dispositions générales pour adapter les garanties aux besoins d'assurance.

Cotisation : la cotisation ou prime d'assurance est le coût de la garantie du risque. C'est la somme que paie le souscripteur (en général) en contrepartie de la garantie de l'assureur. Elle peut être revalorisée selon un indice ou un taux. La cotisation est payable d'avance, cependant les assureurs acceptent souvent des paiements fractionnés (mensualisation).

Dépassement d'honoraires : on parle de dépassement d'honoraires lorsque les tarifs appliqués par les professionnels de santé sont supérieurs aux tarifs de convention (fixés en fonction de la discipline du praticien et de son secteur d'activité).

Dispositions générales d'un contrat : ce sont les dispositions identiques à tous les contrats d'un même type, commercialisés par un même assureur. Elles décrivent les garanties et précisent notamment les exclusions, les plafonds, les règles de base du contrat... Elles peuvent être modifiées par les conditions particulières.

Dommmages matériels, immatériels et corporels : on parle de dommages matériels lorsqu'il y a détérioration

ou destruction d'une chose ou substance ou encore atteinte physique à un animal. Les dommages immatériels peuvent être consécutifs aux dommages matériels (frais divers ou pertes, par exemple frais de déplacement, de relogement, perte d'usage...), ou non consécutifs (dommages immatériels purs). Les dommages corporels sont définis comme une atteinte à l'intégrité physique.

Exclusions : les risques exclus du contrat doivent faire l'objet d'une clause expresse. Ils sont fixés par la loi ou résultent de la volonté des parties.

Extension de garantie : c'est une garantie proposée en option ou ajoutée à la demande de l'assuré pour améliorer et adapter la couverture.

Franchise médicale : elle s'applique aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires. En 2011, elle est de 0,50€ par boîte de médicaments ou toute autre unité de conditionnement, 0,50€ par acte paramédical (dans la limite de 2€ par jour), 2€ par transport sanitaire (dans la limite de 4€ par jour). Le plafond de la franchise médicale est de 50€ par an et par personne. Ne sont pas concernées les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Forfait hospitalier : le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie. En 2011, il est de 18€ par jour en hôpital ou clinique, et de 13,50€ par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Franchise : somme ou quotité déterminée qui reste à la charge de l'assuré. La franchise peut être relative (ou

l'assurance

franchise atteinte) : dans ce cas, elle n'est déduite que lorsque le montant des dommages est inférieur ou égal au montant de la franchise. En revanche, si la franchise est absolue, elle est toujours déduite de l'indemnité.

Générique : lorsque le brevet d'un médicament tombe dans le domaine public, ce produit peut être copié. Sa copie est ce qu'on appelle un médicament générique. Elle prend la même forme galénique (gélule, comprimé, solution ou suppositoire), elle a les mêmes propriétés que le produit d'origine et elle est aussi sûre, tout en étant moins chère.

Individuelle accident : en cas d'accident corporel entraînant une conséquence prévue par le contrat, elle garantit à l'assuré une indemnisation (forfaitaire ou indemnitaire) et accessoirement le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux engagés à la suite de l'accident.

Médecin traitant : à 16 ans, chaque assuré social ou ayant droit d'un assuré social doit choisir et déclarer un médecin traitant à l'Assurance maladie. Il doit consulter ce praticien en priorité dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Mise en demeure : en cas de non-paiement des cotisations à l'échéance prévue au contrat, l'assureur met le souscripteur en demeure de payer par lettre recommandée.

Risque : ce terme désigne à la fois l'objet de la garantie et l'événement pour lequel on s'assure. Par exemple : l'habitation et l'incendie.

Sinistre : c'est la réalisation du risque garanti par le contrat d'assurance.

Souscripteur : ou preneur d'assurance, c'est la personne au nom de laquelle la police est signée et qui s'engage au paiement de la cotisation ou prime. Elle peut être distincte de l'assuré ou du bénéficiaire.

Suspension de garantie : en cas de défaut de paiement de la cotisation ou prime, la garantie est suspendue trente jours après l'envoi de la mise en demeure, le jour de l'envoi n'étant pas compté. Elle cesse avec le paiement ou la résiliation du contrat. En cas de vente d'un véhicule, la garantie est automatiquement suspendue le lendemain à zéro heure du jour de la vente. L'assuré dispose de six mois pour la transférer sur un autre véhicule; à défaut, le contrat est résilié de plein droit.

Tacite reconduction : la plupart des contrats conclus pour une durée d'une année comportent une clause de reconduction tacite. Cette clause permet le renouvellement automatique du contrat, tant que les parties n'ont pas renoncé à cette reconduction en respectant un délai de préavis qui, selon les contrats, varie de un à trois mois.

Tarif de convention : c'est le tarif de référence à partir duquel l'Assurance maladie calcule son remboursement.

Tarif forfaitaire de responsabilité : il s'agit d'un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des médicaments équivalents en termes d'efficacité (génériques et médicaments de marque).

Ticket modérateur : le ticket modérateur est la somme qui reste à la charge de l'assuré après remboursement de l'Assurance maladie.

Tiers payant : paiement direct, total ou partiel des frais médicaux (pharmacies, hôpitaux, laboratoires...) par les organismes sociaux et / ou complémentaires en lieu et place de l'assuré.

Vétusté : la vétusté correspond à la dépréciation de la valeur d'un bien du fait de son usage ou de son ancienneté.

Rédactrice en chef: **Pascale Barlet**
Rédactrice en chef adjointe: **Annie Lichtner**
Rédaction: **Encarnación Gimenez**
Directrice artistique: **Claire Decroix**
Secrétaire de rédaction: **Véronique Péron**
Assistante: **Céline Minot**
Éditeur: **Uni-éditions, 22 rue Letellier, 75739 Paris cedex 15**
RCS: **Paris B 343 213 658**
Achevé d'imprimer en août 2011
Dépôt légal: **08/11**
Imprimerie: **CPI/Aubin, Chemin des Deux-Croix, BP 02, 86240 Ligugé**
Document d'information non contractuel



estimez vos besoins & choisissez des garanties adaptées

Encarnación Gimenez

Quel type d'assurance souscrire pour protéger votre logement, votre véhicule, et couvrir votre responsabilité civile ? Quelles solutions pour améliorer le remboursement de vos frais de santé, compléter votre retraite, assurer l'avenir de vos proches ? Et que recouvrent précisément les garanties incluses dans les contrats d'assurance ? En plus de répondre à ces questions, cet ouvrage vous accompagne pas à pas dans les démarches à suivre, de la souscription à la résiliation de votre contrat...

Ce guide d'informations,
réalisé par Uni-éditions,
vous est offert par le Crédit Agricole.

Uni-éditions

22, rue Letellier, 75739 Paris Cedex 15
Tél. 01 43 23 45 72

ISBN 979-10-90541-03-0