

Capital

HORS-SÉRIE AVRIL - MAI 2014 6,50 €

VOTRE ARGENT

SPÉCIAL

AUTO, HABITATION, SANTÉ, SCOLAIRE...

ASSURANCES

- ▶ Choisir le bon contrat
- ▶ Maîtriser les formalités
- ▶ Obtenir gain de cause
- ▶ Réduire la facture

100
PAGES
DE CONSEILS
PRATIQUES

BEL : 6,90 € - CH : 10 CHF -
CAN : 9,50 CAD - LUX : 6,90 € -
DOM : Avion : 8 € ; Bateau :
6,90 € - Maroc : 70 DH -
Tunisie : 6,9 TND - Zone CFA
Bateau : 5 000 XAF -
Zone CFP Bateau : 900 XPF.

GRUPPE PRISMA MEDIA

M 03804 - 29H - F: 6,50 € - RD



POUR MON ARGENT,
J'AI DÉCIDÉ QUE
C'EST À MOI DE DÉCIDER.



Pour mon argent, j'ai décidé de bénéficier d'un placement sécurisé, performant et du meilleur service client.

* 4 % annuels bruts garantis pendant 4 mois jusqu'à 100 000 € pour une première ouverture d'un livret jusqu'au 29 avril 2014. Au-delà de cette période et de ce montant, le taux standard du livret d'épargne est appliqué. Il est actuellement de 1,50 % annuel brut, et est susceptible d'être révisé à tout moment par la banque.

BforBank, SA au capital de 27 939 072 €, immatriculée au RCS de Nanterre en qualité d'établissement de crédit sous le n° 509 560 272, 20, avenue André Prothin, La Défense 4-92927 Paris la Défense Cedex.
Avril 2014.



*Catégorie Banque en ligne - Étude Inference Opérations - Viséo Conseil réalisée de mai à juillet 2013 sur le principe du client mystère au moyen de 215 contacts répartis entre appels téléphoniques, e-mails, navigations Internet et réseaux sociaux.

bforbank.com

39 11
coût d'appel local, hors surcoût éventuel selon votre opérateur

L I V R E T

4%*

PENDANT 4 MOIS

BforBANK
MON BANQUIER, C'EST MOI.

VOTRE CODE OFFRE LIVRET : 819423

RÉDACTION

13, rue Henri-Barbusse, 92624 Gennevilliers Cedex.
Tél.: 01 73 05 45 45. Fax: 01 47 92 67 35.
Pour joindre vos correspondants, composez le 01 73 05
puis les quatre chiffres entre parenthèses après chaque
nom. E-mail: composez la première lettre du prénom,
puis le nom suivi de @prismamedia.com.

RÉDACTEUR EN CHEF
François Genthial (4861)

RESPONSABLE ÉDITORIAL
Fabien Bordu

DIRECTRICE ARTISTIQUE
Léa Elbaz-Tayar (4856)

CHEF DE STUDIO
Patrick Bordet (4874)

PHOTO

Sylvie Knobloch Montali (5757)

ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO
Hervé Jannic (rédaction), Catherine Cochereau,
Fabien Morangis (secrétariat de rédaction), Serge
Bourguignon, Sarah Détré (révision), Thibaut
Deschamps (maquette), Marie-Clémence Ducamp
(iconographie).

SECRÉTARIAT

Béatrice Boston (4801), Dounia Hadri (4853),
Marie-Violette Gonzales (comptabilité, 4514).

FABRICATION

Jean-Bernard Domin (4950), Eric Zuddas (4951).

CAPITAL.FR - Directeur Internet
Eddy Murano (4893)

PUBLICITÉ

13, rue Henri-Barbusse, 92624 Gennevilliers Cedex.
Tél.: 01 73 05 45 45. Fax: 01 47 92 67 25.

Directeur exécutif Prisma Pub: Philipp Schmidt
(5188). **Directrice commerciale**: Virginie Lubot
(6450). **Directrice commerciale en charge des
opérations spéciales**: Géraldine Pangrazzi (4749).
Directeurs de publicité: Chrystelle Rousseaux (6456),
Camille Habra (6453). **Directeur de clientèle**: Nicolas
Serot Almeras (6457). **Responsable Luxe Pôle
Premium**: Constance Dufour (6423). **Responsable
de clientèle**: Magali Bode (4551). **Responsable Back
Office**: Anne Fèvre (6455). **Responsable exécution**:
Rachel Eyango (6479). **Assistante commerciale**:
Corinne Prod'homme (6450).

MARKETING ET DIFFUSION

Directrice des études éditoriales: Isabelle Demailly
(5338). **Dir. marketing client**: Nathalie Lefebvre
du Prey (5320). **Dir. commercialisation réseau**: Serge
Hayek (6471). **Dir. des ventes**: Bruno Recurt (5676).

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION: Rolf Heinz

ÉDITEUR: Martin Trautmann

Directrice marketing: Delphine Schapira (4723)
Chef de groupe: Virginie Baussan (5189).

Impression: Mohn Media Mohndruck GmbH, Carl
Bertelsmann Str. 161 M, 33311 Gütersloh - Allemagne.
© Prisma Média 2014. Dépôt légal: avril 2014.
Diffusion Presstalis. Date de création: septembre 1991.
Commission paritaire: 03141 84390.

ABONNEMENTS

Capital-Service Abonnements et anciens numéros,
62066 Arras Cedex 9. Tél.: 0811 23 22 21.

Site: www.prismashop.capital.fr.

Tarifs étranger et DOM-TOM: nous consulter.
Tarif France: 1 an - 12 numéros: 31,90 euros.

Notre publication adhère à l'ARPP et s'engage à
suivre ses recommandations en
faveur d'une publication loyale
et respectueuse du public.



GROUPE PRISMA MÉDIA

13, rue Henri-Barbusse,
92624 Gennevilliers Cedex.
Tél.: 01 73 05 45 45.

Site Internet: www.prismamedia.com

Société en nom collectif au capital de 3 000 000 €
ayant pour gérants Rolf Heinz et Gruner und Jahr
Communication GmbH. Ses trois principaux asso-
ciés sont Média Communication SAS, Gruner und
Jahr Communication GmbH et France Constanze-
Verlag John Jahr GmbH & Co. La rédaction n'est
pas responsable de la perte ou de la détérioration des
textes ou photos qui lui sont adressés pour apprécia-
tion. La reproduction, même partielle, de tout ma-
tériel publié dans le magazine est interdite.

Comment assurer ses biens et sa famille sans trop payer

Ceux à qui il n'est jamais arrivé un gros pépin ont un avis bien tranché sur le sujet: s'assurer ne sert qu'à remplir les poches des assureurs. Les autres? Eh bien, ils pensent souvent la même chose, ayant vérifié à l'occasion d'un cambriolage ou d'un accident de la route qu'il ne suffit pas d'être assuré pour être correctement indemnisé... Mais avaient-ils seulement lu leur contrat avant de signer? Sûrement pas, personne ne le fait. Domage, car ils s'apercevraient que le grand principe selon lequel l'assureur doit «remettre l'assuré dans la situation qu'il connaissait avant le sinistre» est souvent foulé aux pieds. Franchises, plafonds, carence, seuil d'intervention, taux de vétusté et exclusions en tout genre (pour raison d'âge, de santé, de déclaration tardive...) viennent réduire considérablement le dédommagement promis. Il y a pourtant moyen

d'éviter les plus gros pièges, comme le montre le guide que vous avez entre les mains. Nous y passons en revue, clause par clause, les assurances les plus cruciales (habitation, auto, santé, crédit), mais aussi celles auxquelles on ne pense pas toujours, et qui peuvent s'avérer très utiles, telles que l'assurance voyage ou la garantie accidents domestiques. Avec, à chaque fois, une sélection de bons contrats, à prix serrés et dépourvus de toute clause abusive. En espérant tout de même qu'il ne vous tombe pas une tuile sur la tête qui vous amènerait à le vérifier...



Fabien Bordu,
responsable éditorial



AMV. L'ASSURANCE CHOUCHOU
DES DEUX-ROUES.

AMV, LEADER DE L'ASSURANCE DEUX-ROUES

Pionnier de l'assurance deux-roues, AMV s'est rapidement imposé comme un acteur majeur dans l'univers de la moto en rendant les tarifs d'assurance accessibles au plus grand nombre. Cette philosophie a permis à AMV de devenir le leader de l'assurance spécialisée moto et scooter en protégeant aujourd'hui plus de 600 000 deux-roues.

DEVIS ET ASSURANCE EN LIGNE 24H/24H SUR AMV.FR*

► N° Indigo 0 820 820 750

0.118 € TTC / MN

* Sous réserve d'acceptation.



AMV

SOMMAIRE

P. 6 COMMENT CHOISIR UN ASSUREUR

P. 8 Logement, santé, voiture...

Tout ce qu'il faut savoir pour être parfaitement couvert sans se ruiner

P. 10 Litiges Un arrangement à l'amiable est toujours préférable

P. 13 Résiliation Récapitulatif des cas où il est possible de mettre fin au contrat

P. 16 ASSURANCE HABITATION

P. 18 Garantie multirisque Attention aux conditions d'indemnisation !

P. 22 Responsabilité civile Les contrats de base ne couvrent pas tout

P. 24 Protection juridique Utile, mais souvent insuffisante en cas de gros procès

P. 26 ASSURANCE AUTO

P. 28 Clauses du contrat Franchises ou exclusions, les pièges sont nombreux

P. 32 Tarifs sur mesure Jusqu'à 30% de rabais pour ceux qui conduisent peu

P. 33 Indemnisation En cas de blessure, le chèque doit être envoyé sous dix mois

P. 36 ASSURANCE SANTÉ

P. 38 Les règles du jeu Mieux vaut comprendre le système avant de s'assurer

P. 42 Garanties à examiner Priorité aux couvertures optique, dentaire, et aux dépassements d'honoraires

P. 46 Réseaux de soins Des factures allégées et des remboursements majorés

P. 48 ASSURANCE ACCIDENTS DE LA VIE

P. 50 Accidents du quotidien En cas de séquelle, tous les soins sont couverts

P. 53 Garantie décès Pour mettre sa famille à l'abri du besoin

P. 56 ASSURANCE IMMOBILIER

P. 58 Garantie emprunteur Les offres des spécialistes souvent moins onéreuses



P. 26 ASSURANCE AUTO

P. 62 Option perte d'emploi Payée très cher et truffée de clauses limitatives

P. 63 Impayés de loyers Se couvrir contre ce risque grandissant est devenu impératif

P. 66 ASSURANCE VOYAGE

P. 68 Cartes bancaires Le coût d'une carte haut de gamme est amorti au bout de deux voyages

P. 71 Garantie classique Efficace et abordable, mais pas toujours nécessaire

P. 74 ASSURANCES OBSÈQUES ET DÉPENDANCE

P. 76 Dépendance Les contrats sont souvent parsemés de pièges redoutables

P. 82 Contrat obsèques Les devis des entreprises funéraires manquent de clarté

P. 86 ASSURANCES DIVERSES

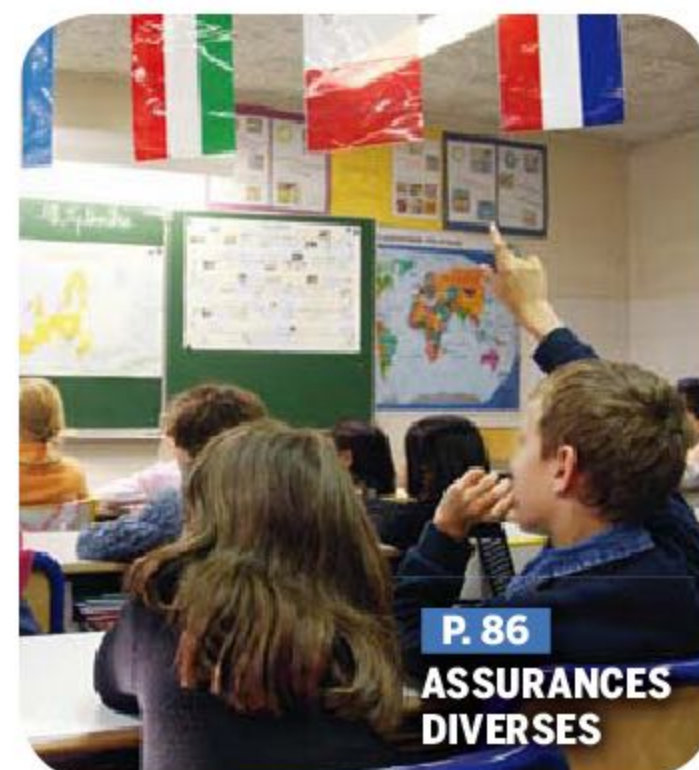
P. 88 Assurance scolaire Indispensable si des activités facultatives sont prévues

P. 92 Santé des animaux Gare aux plafonds de remboursement et aux franchises

P. 94 Retraite Pas d'autre choix que l'épargne pour compenser la baisse des pensions



P. 36 ASSURANCE SANTÉ



P. 86 ASSURANCES DIVERSES



COMMENT CHOISIR UN ASSUREUR

En matière d'assurance, la première difficulté est de savoir à qui vous adresser et quels sont vos besoins. De fait, les possibilités sont nombreuses, tant au niveau de la compagnie elle-même que du type de contrat à souscrire, toutes ayant leurs avantages et leurs inconvénients. C'est qu'à l'usage que vous verrez si vous avez fait le bon choix. En effet, c'est quand surviendront les premiers sinistres que vous saurez à qui vous avez réellement affaire, particulièrement en cas de litige.

Heureusement, de multiples recours sont à votre disposition et, au bout du compte, si vous n'êtes pas satisfait du traitement qu'on vous a réservé, vous pourrez toujours changer d'assureur. Mais, évidemment, le mieux est de mettre toutes les chances de votre côté dès le départ. Lisez bien les pages qui suivent, elles devraient vous y aider. •

SOMMAIRE

P.8 Logement, santé, voiture...

P.10 Litiges

P.13 Résiliation

2,8%

POURCENTAGE
DE HAUSSE MOYENNE
DES TARIFS AUTO
CHEZ AXA EN 2014

**10 000
euros**

ENJEU AU-DESSUS
DUQUEL UNE ACTION EN
JUSTICE NÉCESSITE LA
PRÉSENCE D'UN AVOCAT

2015

DATE À PARTIR DE LAQUELLE
LA LOI HAMON RELATIVE
À LA RÉSILIATION DES
CONTRATS SERA APPLIQUÉE



LOGEMENT, SANTÉ, VOITURE... Tout ce savoir pour être parfaitement couvert sans

Souscrire un contrat d'assurance, quel qu'il soit, est un acte lourd de conséquences compte tenu des problèmes qui vous guettent, vous et vos proches, si votre choix n'est pas le bon. Pourtant, rares sont les souscripteurs qui font l'effort d'examiner dans le détail les offres qui leur sont soumises avant de se décider. Certes, l'agent d'assurance que vous avez choisi un peu par hasard fera peut-être l'affaire. Mais pour trouver exactement le contrat qui vous convient, et au prix le plus étudié, ne serait-il pas plus prudent de vous adresser à un courtier, fin connaisseur du secteur - c'est son métier - ou encore à un comparateur en ligne, doté des meilleurs moyens informatiques ? Ce n'est pas tout. Encore vous faudra-t-il ensuite sélectionner les garanties dont vous avez vraiment besoin et décrypter les conditions d'application pas toujours claires (franchises, exclusions, carence...) qui les accompagnent.



AGENT GÉNÉRAL, COMPARATEUR OU COURTIER Vous avez le choix

L'expérience le prouve. C'est souvent suite à la recommandation d'un ami, grâce à la proximité d'une agence de quartier ou via une opération de démar-

chage que beaucoup d'assurés optent pour telle ou telle compagnie. La plupart du temps, il s'agit d'un agent général, qui représente une seule société dont il est le mandataire. Les assurés ne s'en plaignent d'ailleurs pas forcément, d'autant que, surtout en province et encore plus à la campagne, ils finissent par entretenir de bons rapports avec celui qui leur apporte assistance en cas de pépin. Mais est-ce suffisant pour garantir que vous avez signé le bon contrat ? Pas toujours. Avec un courtier, en revanche, vous avez en face de vous un spécialiste qui n'est lié à aucune compagnie mais qui, avantage supplémentaire, les connaît toutes. Il est donc capable de repérer l'offre qui vous convient le mieux, tant au niveau des tarifs que des garanties. Bien entendu, il ne travaille pas pour vos beaux yeux et se rémunère au passage, parfois copieusement. Troisième solution, entièrement gratuite, le comparateur d'assurances. Concrètement, vous sélectionnez sur Internet une société informatique (par exemple Comparadise ou Assurland) qui a toutes les données du secteur en mémoire, ensuite vous détaillez sur un questionnaire votre situation (type de logement, modèle de voiture...), puis vous recevez rapidement (parfois en

cinq minutes) et sans engagement un devis correspondant au meilleur rapport qualité-prix du moment.

GARANTIES OBLIGATOIRES Objectif : couvrir les risques fondamentaux

Impossible d'y déroger : la loi impose de s'assurer contre certains risques fondamentaux, parmi lesquels les dommages matériels ou corporels causés à autrui dans la vie courante ou au volant d'un véhicule. C'est ce qu'on appelle la responsabilité civile. Pourquoi « civile » ? Pour l'opposer à « pénale », qui entraîne des sanctions (amendes, prison...) ne pouvant pas être couvertes par une assurance. La responsabilité civile joue notamment pour tous les dommages causés par l'assuré (que ce soit suite à une imprudence ou une négligence), par ses enfants mineurs ou par les animaux dont il a la garde. Bon à savoir : le montant de l'indemnisation n'est pas lié à la gravité de la faute. Il dépend exclusivement de l'importance des dégâts, parfois considérables, d'où l'obligation d'être assuré pour que la victime soit dédommée. Autres assurances obligatoires, celles qui couvrent les risques sociaux : maladie, accidents du travail, invalidité, retraite. Mais là, c'est la Sécu-

TARIFS AUTO : LES GRANDES COMPAGNIES ONT ENCORE



Motif invoqué pour cette nouvelle hausse : l'envolée des indemnisations dues aux blessures graves.



+ 1,5%

(+ 2,2% en 2013)



+ 0,5%

(+ 2,4% en 2013)



+ 2,5%

(+ 2,5% en 2013)



+ 2,8%

(+ 1,5% en 2013)



SwissLife

+ 1%

(+ 4% en 2013)

Source : Capital.



Attention, piège possible.

qu'il faut se ruiner

rité sociale qui s'en charge. A noter que même si la multirisque habitation (pour le propriétaire) et la responsabilité locative (pour le locataire) ne sont pas obligatoires, personne ne peut s'en passer.

GARANTIES FACULTATIVES Météo, contrat obsèques et risques de la vie courante

N'importe quel risque peut être garanti, depuis la main du pianiste jusqu'aux cordes vocales de la cantatrice. Si vous le voulez, vous pouvez aussi prendre une assurance météo pour vos vacances, afin d'être indemnisé si la neige ou le soleil ne sont pas au rendez-vous. Mais, en dehors de ces cas particuliers, il existe bon nombre de risques de la vie courante contre lesquels vous devez vous prémunir. Sont ainsi incontournables la multirisque habitation, la complémentaire santé et la garantie conducteur. Cela dit, le caractère indispensable ou non d'une assurance dépend souvent de votre situation (âge, revenus, famille...). C'est le cas de la garantie obsèques, de l'assurance dépendance ou de l'assurance animaux domestiques. Enfin, certaines assurances, dites facultatives, sont obligatoires dans la pratique. Impossible, par exemple, d'obtenir un prêt sans assurance décès. Ou de refuser

PHOTO: D.R.

de prendre une assurance scolaire pour votre enfant alors que le règlement de l'école l'exige.



FRANCHISES Des bombes à retardement bien dissimulées

Si, quand vous examinez votre contrat, il y a une ligne que vous ne devez pas sauter, c'est bien celle concernant la franchise: elle permet à l'assureur de laisser à votre charge une partie du sinistre. Vous devez y faire d'autant plus attention qu'il y a toutes sortes de franchises. Elles se divisent en cinq catégories. 1) La franchise absolue (la plus courante): son montant est déduit de l'indemnité due. 2) La franchise simple: si les dommages sont inférieurs à la franchise, vous ne touchez rien. S'ils sont supérieurs, vous êtes indemnisé à 100%. 3) La franchise proportionnelle: vous gardez à charge un certain pourcentage du sinistre. 4) La franchise en jours: une fois le contrat souscrit, c'est le nombre de jours au-delà duquel la garantie fonctionne. 5) La franchise en kilomètres: c'est la distance séparant le lieu de l'accident de votre domicile. A noter: si le montant de la franchise vous paraît trop

Jérôme Chasques,
Directeur général du site Comparadise

“N'hésitez pas à comparer: les tarifs des assureurs vont du simple au double pour les mêmes garanties”

Avec plus de 2 millions de demandes de particuliers par an, près de 100 compagnies d'assurances partenaires et une dizaine de sites spécialisés rassemblés sous sa marque (Hyperassur, Mutuelle-Conseil, KelAssur, MisterAssur, Kredity...), Comparadise.com est le premier groupe indépendant de comparateurs. C'est avec son aide que nous avons réalisé la plupart des tableaux qui figurent dans ce numéro et qui vous dévoilent les meilleures offres du marché.



élevé, il y a parfois moyen de négocier une baisse de la prime avec l'assureur.

EXCLUSIONS Pas de prise en charge pour un vol sans traces d'effraction

Tout contrat d'assurance prévoit des exclusions. Des exemples? Un accident de voiture en état d'ivresse. Des valises volées alors qu'elles n'étaient pas sous surveillance. Le cambriolage d'un logement sans signes d'effraction. Une auto qui brûle à cause d'une cigarette mal éteinte. Une blessure en pratiquant un sport dangereux. Certaines exclusions sont déterminées par la loi (conduite en état d'ivresse), d'autres par l'assureur (valises sans surveillance). Pour ces dernières, il est fait obligation aux compagnies de les mentionner clairement dans le contrat. Notez que si vous désirez être couvert pour une activité risquée (alpinisme, plongée...), rien ne vous empêche de le signaler. Mais il faudra accepter de payer une surprime. ●

SALÉ LA NOTE EN 2014



+ 2%

(+ 3,5% en 2013)



+ 2%

(+ 3% en 2013)

PHOTOS: D.R.



LITIGES Un arrangement à l'amiable est toujours préférable à une action en justice

Vous avez choisi votre assureur et signé votre contrat. Jusqu'ici, tout va bien. Mais voici que survient un événement imprévu, peut-être grave, et vous vous dites alors : « Heureusement que j'étais assuré ! » Hélas pour vous, ce n'est pas aussi simple. Car vous allez peut-être vous apercevoir que le risque que vous croyiez garanti n'est pas indemnisé, ou en partie seulement. Auriez-vous mal lu le contrat ? L'assureur rechignerait-il à payer ? Toujours est-il qu'une négociation serrée va commencer. Dans le meilleur des cas, votre assureur va vous proposer un compromis satisfaisant. Sinon, après avoir bataillé

pendant des mois avec le service réclamations, vous allez devoir faire appel à un médiateur, en principe impartial, qui tranchera en votre faveur ou en celle de l'assureur. Dans ce dernier cas, et si vous êtes sûr de vous, il ne vous restera plus qu'à saisir la justice, avec les lenteurs et les frais que cette solution peut comporter.

REFUS D'INDEMNISER Relisez bien les clauses de votre contrat avant de protester

Imaginons que votre voiture ait été volée, puis retrouvée quelques jours plus tard, mais sans trace d'effraction. Ou que votre pavillon ait été cambriolé malgré toutes les protections d'usage (barreaux, volets, doubles serrures...),

mais que le voleur soit passé par une fenêtre du premier étage mal fermée. L'assureur peut profiter de ces failles pour refuser de vous indemniser. Certes, vous lui expliquerez, dans le premier cas, que votre voiture était verrouillée mais que les petits génies de l'électronique savent parfaitement neutraliser à distance les antivols modernes et, dans le second cas, que seules les ouvertures du rez-de-chaussée étaient expressément visées dans le contrat. Alors êtes-vous responsable ou pas responsable ? Il y a matière à discussion. Si l'assureur persiste dans son refus après réception de votre lettre recommandée, vous n'aurez plus qu'à saisir un médiateur ou à l'assigner en justice. Ce type de litige est malheureusement courant car un contrat ne peut pas tout prévoir et, selon la lecture qui est faite de ses dispositions (notamment en matière d'exclusions ou d'application des garanties), toutes les interprétations sont possibles. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la loi prévoit désormais que les contrats d'assurance doivent être rédigés en caractères bien lisibles.

RECOURS INTERNES Le service "réclamations" peut faire le mort

Avant d'assigner votre assureur en justice, une procédure toujours longue et coûteuse, mieux vaut passer par des recours internes. Chaque compagnie possède un service réclamations ou un service clientèle et doit en indiquer les coordonnées sur l'exemplaire du contrat qui vous est remis. C'est à ce service que vous devez vous adresser en joignant à votre lettre - recommandée bien entendu - la photocopie de tous les échanges que vous avez eus avec votre premier interlocuteur, sans oublier les documents du type récépissé de déclaration de vol délivré par la police. Mais conservez toujours les originaux. Un dossier complet permettra à la compagnie de traiter votre problème depuis

Suite page 12 ►

SAISIE DU MÉDIATEUR : LE MODE D'EMPLOI

Jean-Louis Mauvert
35 rue du Fresse
69000 Lyon

A Lyon, le 10 avril 2014.

Madame, Monsieur le Médiateur,

Je suis actuellement en litige avec ma compagnie d'assurances. Le problème n'ayant pu être résolu ni avec mon agence ni avec le service clientèle de cette compagnie, je me permets de porter devant vous ce différend.

Le problème que je rencontre est le suivant :
(expliquez brièvement votre litige).

Je vous joins copie des différentes pièces nécessaires à l'instruction du dossier et reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Dans l'attente de votre avis, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Médiateur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature

Demandez qui est le médiateur compétent avant d'agir. L'assureur a obligation de vous l'indiquer. Ce sera celui de sa fédération ou le sien propre, comme c'est le cas chez Axa ou Generali.

Ne vous étendez pas sur votre point de vue (5 lignes), seul le dossier compte : indiquez donc bien le numéro du contrat, du sinistre, et le nom de l'assureur.

N'oubliez pas de joindre les photocopies des derniers courriers échangés avec l'assureur, prouvant que les procédures internes de règlement du litige sont bien toutes épuisées.

Inutile de relancer le médiateur : son avis, qui fait souvent autorité, sera rendu dans un délai allant de trois à six mois, selon les cas.



Attention, piège possible.

Focus sur **La France Mutualiste**

Une Mutuelle, pour épargner tout au long de sa vie

Les valeurs de La France Mutualiste, ses 85 ans d'expérience, sa spécialisation dans l'épargne et la retraite, son expertise, sa solidité financière et ses solutions mutualistes performantes pour tous, garantissent durablement l'épargne de ses adhérents.

■ Une mutuelle spécialisée épargne et retraite

La France Mutualiste, **vraie mutuelle** ouverte à tous, est régie par le Code de la mutualité et propose des contrats d'épargne et de retraite **depuis 1925**.

La mutuelle n'a donc pas d'actionnaires, les gains servent exclusivement à améliorer les services rendus aux adhérents, ainsi que la **rentabilité** des contrats d'épargne. Les excédents sont mis en réserve au profit de l'épargne de ses adhérents. Toutes les décisions stratégiques d'investissement sont approuvées par le conseil d'administration de la mutuelle, constitué d'adhérents élus parmi les bénévoles les plus expérimentés. La mutuelle concentre ses moyens sur des contrats d'assurance-vie où elle est légitime et experte.

■ Une expertise reconnue

Les conseillers de La France Mutualiste se concentrent sur leur cœur de **métier** et leur savoir-faire : le conseil patrimonial. Le conseiller mutualiste spécialisé a pour mission d'éclairer

l'adhérent sur les opportunités et les risques. Cette **expertise** se concrétise dans les solutions d'épargne, reconnues parmi les **meilleures du marché** par la **presse financière**.

■ Une solidité financière

Les décisions d'investissements financiers privilégient systématiquement **l'engagement à long terme**. La qualité du patrimoine, les fonds propres et les réserves, accumulées par des générations successives de mutualistes, représentent la protection la plus solide et la plus sûre pour l'avenir des adhérents.

■ L'épargne mutualiste, la sagesse en plus

Choisir l'épargne mutualiste, c'est épargner sagement dans le souci de son avenir et de celui de ses proches au sein d'une entreprise respectueuse des valeurs sociales et humaines.

La France Mutualiste soutient l'économie française. La mutuelle ne cherche pas à spéculer sur les marchés, et l'allocation d'actifs est stable.

Ses contrats d'assurance-vie peuvent fournir un complément de revenu durable, une épargne de précaution ou la construction d'un **patrimoine** pour le transmettre à ses proches.

■ Un contrat reconnu par la presse spécialisée **ACTÉPARGNE2**

Actépargne2 est un contrat d'assurance-vie multisupport adapté au profil de l'épargnant, du plus sécurisé au plus dynamique.

Il permet d'épargner tout au long de sa vie et de s'adapter à tous les projets.

En 2014, le contrat d'assurance-vie **Actépargne2**, a de nouveau obtenu le Label d'Excellence des *Dossiers de l'Épargne* et s'est vu décerner le Trophée d'Or par *Le Revenu*.



ACTÉPARGNE2

Rendement
du fonds en euros*
3,22%
en 2013

* Taux de rendement du fonds en euros : brut de prélèvements sociaux et net de frais de gestion du contrat. Les performances passées ne préjugent pas des performances futures.



44, avenue de Villiers
75854 Paris Cedex 17
Tél. 01 40 53 78 00
(prix d'un appel local)

www.lafrancemutualiste.fr

La France Mutualiste, mutuelle nationale de retraite et d'épargne soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au SIREN sous le n° 775 691 132.



**DEMANDE
D'INFORMATIONS**

GRATUITE
sans engagement

**À retourner sous enveloppe non affranchie
à l'adresse suivante : La France Mutualiste -
Autorisation 94175 - 75851 Paris CEDEX 17**

☒ **OUI**, je souhaite recevoir, sans engagement de ma part, plus d'informations sur **ACTÉPARGNE2**

Nom* : _____ Prénom* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

Tél. : _____ E-mail : _____@_____

Fait à : _____, le : _____

Signature :

* champs obligatoires

LA FRANCE MUTUALISTE est responsable des traitements effectués sur les données personnelles recueillies. Ces informations, qui serviront à des actions commerciales, sont à l'usage exclusif des services de LA FRANCE MUTUALISTE. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Droit que vous pouvez exercer en adressant votre demande sous pli non affranchi à : LA FRANCE MUTUALISTE - Correspondant Informatique et Libertés - Autorisation 95575 - 75851 Paris Cedex 17.



De trois à six mois pour obtenir l'avis du médiateur

► Suite de la page 10

l'origine afin de vous proposer, le cas échéant, de nouvelles modalités d'indemnisation. Mais gare à certaines manœuvres : l'assureur peut être tenté de faire traîner les choses en ne répondant pas à vos relances ou en exigeant que vous lui envoyiez des pièces supplémentaires qu'il ne vous avait pourtant pas réclamées auparavant. Envoyez alors une nouvelle lettre, mais à destination cette fois du directeur général de la société. Mais soyez ponctuel vous aussi : ne laissez pas filer le délai de prescription de deux ans, qui démarre à partir de la date de votre demande de recours.

MÉDIATEUR FFSA Son avis n'est pas décisif, il ne s'impose à personne

Faute d'être parvenu à un accord avec votre assureur et si, sûr de votre bon droit, vous ne voulez pas baisser les bras, vous pouvez saisir le médiateur de la FFSA (Fédération française des sociétés d'assurances). Cette procédure de recours est entièrement gratuite et écrite (lire le mode d'emploi dans l'encadré de la page 10). Le médiateur est tenu de rendre un avis motivé dans un délai de trois mois, parfois davantage s'il s'agit d'affaires très complexes. A noter que cet avis n'est nullement contraignant pour l'une et l'autre des parties. Ainsi, l'assureur n'est pas obligé de tenir compte d'un avis qui vous est favorable (ce qu'il fait pourtant dans la plupart du temps), ni vous de vous incliner devant une décision qui ne vous conviendrait pas. Dans ce dernier cas, rien ne vous interdit alors de saisir la justice, laquelle n'accorde d'ailleurs aucune valeur particulière à l'avis du médiateur. A noter que l'assureur ne tente pas forcément de vous dissuader de faire appel au médiateur. Il peut même lui arriver de le souhaiter, si c'est son intérêt bien compris.

MÉDIATEUR DU GEMA Son avis est déterminant, il engage votre assureur

Le médiateur du Gema (Groupement des entreprises mutuelles d'assurance) est aux mutuelles ce que le médiateur FFSA est aux compagnies d'assurances privées. L'objectif est le même : fournir aux assurés la possibilité de régler à l'amiable plutôt qu'au tribunal un litige

les opposant à leur assureur. Dans ce cas aussi, la procédure est à la fois écrite et gratuite. Quelques nuances toutefois : avec le Gema, vous recevez l'avis du médiateur dans un délai de six mois, au lieu de trois avec la FFSA. Et cet avis s'impose à votre mutuelle, qui ne peut y déroger, alors que la FFSA, elle, peut ne pas en tenir compte. A noter aussi que, en cas d'intervention de la justice, le tribunal va prendre en considération l'avis du médiateur du Gema (mais jamais celui du médiateur de la FFSA).



ACTION EN JUSTICE Pas d'avocat si l'enjeu est inférieur à 10 000 euros

Votre assureur a toujours intérêt à ce que les litiges soient réglés à l'amiable, soit par son service réclamations, soit par le médiateur. Normal : votre dossier est alors bouclé en quelques mois et à moindres frais. Mais, naturellement, vous avez toujours la possibilité de saisir la justice si vous n'acceptez pas la dernière proposition qui vous est faite. Le montant du litige va déterminer la juridiction à laquelle vous devez vous adresser. Si la somme en jeu est inférieure à 4 000 euros, c'est le juge

de proximité qui est concerné. Entre 4 000 et 10 000 euros, c'est le tribunal d'instance et, au-dessus de 10 000 euros, c'est le tribunal de grande instance. La plupart du temps, les tribunaux compétents sont ceux correspondant au lieu de votre domicile au moment de votre démarche ou, en cas d'accident, au lieu du sinistre. Exemple : si vous habitez Paris et que vous avez un accident à Bordeaux, vous avez le choix entre le tribunal de Paris ou celui de Bordeaux. Bon à savoir : vous n'êtes pas systématiquement tenu de faire appel à un avocat pour défendre votre cause. Sa présence n'est obligatoire que si le litige est supérieur à 10 000 euros, autrement dit lorsque vous vous adressez à un tribunal de grande instance. Respectez le délai de prescription qui est de deux ans à partir de l'événement qui vous amène à saisir le tribunal. Au-delà, vous ne pourriez plus effectuer d'action en justice pour ce litige. Ce délai peut toutefois être prolongé de deux ans si vous faites appel à un expert. Il peut même passer à dix ans s'il s'agit d'une affaire portant sur un dommage corporel ou sur un contrat d'assurance vie. ●

REFUS D'ASSURER : CONTACTEZ LE BUREAU DE TARIFICATION

Parfois, les litiges avec l'assureur tournent court : vous avez tellement cumulé les sinistres qu'il vous met à la porte dès l'échéance du contrat (voire avant, en cas de faute grave). Il en a le droit. Trouver un remplaçant ne sera alors pas chose aisée, surtout en assurance auto. Beaucoup de compagnies refusent les clients « malchanceux ». Vous pouvez alors vous orienter vers un courtier spécialisé (SOS Malus pour la voiture). Mais si le tarif pratiqué (souvent

trois fois plus élevé qu'à l'ordinaire) vous effraie, il n'y aura plus qu'à contacter le Bureau central de tarification (Bureau central de tarification

tion.com.fr), habilité à fixer le prix auquel un assureur vous ayant rejeté devra vous affilier. Attendez-vous quand même à une note salée.



Trouver un nouvel assureur quand on a cumulé les sinistres est une véritable galère.

PHOTO : FOTOLIA



RÉSILIATION Récapitulatif des cas où il est possible de mettre fin au contrat

Si vous avez bien choisi votre assureur, il n'y a aucune raison d'en changer. Mais celui qui vous faisait les yeux doux au départ peut parfois changer de comportement : lenteur dans le traitement des dossiers, augmentation des primes... Bref, vous allez devoir trouver un autre assureur. En attendant l'entrée en vigueur de la loi Hamon, prévue avant la fin de 2014 et qui va simplifier beaucoup de choses (lire l'encadré ci-contre), le plus commode est d'attendre l'échéance annuelle du contrat pour vous décider. Ce sera plus difficile hors échéance, sauf si vous avez de bonnes raisons personnelles pour expliquer ce changement (nouveau domicile, décès du conjoint...). D'autres cas de figure peuvent vous aider à justifier votre démarche, comme des modifications à venir dans votre contrat, soit de votre fait, soit, surtout, du fait de l'assureur, par exemple s'il veut augmenter ses tarifs.

À L'ÉCHÉANCE L'envoi d'un courrier en recommandé est suffisant

C'est le cas le plus fréquent. Vous résiliez votre contrat lorsqu'il arrive au terme convenu, c'est-à-dire au bout d'un an. Pas besoin de donner des explications. Seule condition, respecter un préavis de deux mois. Mieux vaut faire connaître votre décision par lettre recommandée, seul moyen de prouver que vous avez agi dans les temps. Sinon, par exemple en cas d'oubli de votre part, le contrat serait renouvelé pour un an. C'est pourquoi, de son côté, votre assureur a l'obligation de vous informer chaque année de l'approche de la date d'échéance. S'il ne le fait pas, vous pouvez résilier votre contrat à tout moment. Et s'il le fait moins de quinze jours avant la date d'échéance, vous disposez d'un délai de vingt jours pour dénoncer la reconduction du contrat, une faculté qui doit figurer sur l'avis envoyé. Dans ce cas, le délai court à partir de la date d'envoi de cet avis, le cachet de la poste faisant foi. Bien entendu, la fraction de

LA LOI HAMON VA VOUS FACILITER L'EXISTENCE

AVANT Le renouvellement du contrat souscrit, généralement pour un an, était automatique. Pour le résilier, sauf exceptions, il fallait attendre sa date anniversaire et prévenir l'assureur au moins deux mois avant cette date.



APRÈS Pour l'auto et l'habitation, il sera possible de résilier le contrat à tout moment, après un an de souscription. Pour l'assurance emprunteur (décès-invalidité), vous disposerez d'un an à partir de la signature du contrat pour en changer.

PHOTO : ALLARD / REA

cotisation éventuellement perçue par l'assureur après la date d'effet de la résiliation doit vous être remboursée.

EN CAS D'ÉVÉNEMENT D'ORDRE PRIVÉ Votre mariage, par exemple

Si des évolutions importantes surviennent dans votre vie, vous pouvez résilier votre contrat avant la date d'échéance. Ces événements sont strictement

limités : changement de domicile, de situation matrimoniale (vous vous mariez ou votre conjoint décède), modification de régime matrimonial (vous optez pour la communauté universelle au lieu de la communauté légale), nouvelle profession, fin d'activité professionnelle, départ en retraite... Autre condition : que ces changements aient un lien direct avec le risque couvert. En clair, le risque assuré par le contrat doit être amoindri ou amplifié par l'événement en question. Vous devez alors envoyer à votre assureur une lettre recommandée dans les trois mois suivant le changement invoqué, et la résiliation prendra effet un mois après l'envoi de la lettre. La fraction de la prime annuelle relative à la période qui reste à courir vous sera alors remboursée. A noter qu'en cas de décès de l'assuré, le contrat couvrant ses biens peut être résilié par l'héritier dans les trois mois à partir du jour où les biens concernés ont été transférés à son nom.



EN CAS DE HAUSSE DES PRIMES Vous pouvez dénoncer le contrat

Si votre contrat contient une clause dite de «révision des cotisations», l'assureur a le droit d'augmenter ses tarifs. Mais vous avez le droit, vous aussi, dès que vous êtes informé de cette décision, de demander la résiliation de votre contrat. Vous disposez alors d'un délai de trente jours pour vous manifester (par lettre recommandée). Dans ce cas, votre contrat prendra fin, selon les cas, un ou deux mois après l'envoi de votre courrier. A l'inverse, si le contrat ne contient pas cette clause de révision, la compagnie d'assurances n'a pas le droit d'augmenter ses tarifs sans votre accord. Du coup, vous pouvez refuser l'augmentation et exiger de continuer à payer l'ancien tarif. Mais, à ce moment-là, c'est la compagnie qui a le droit de résilier votre contrat à la prochaine échéance annuelle... Attention, en assurance auto, l'application d'un malus

Suite page 14 ►





Un malus n'est pas un motif de résiliation anticipée

► Suite de la page 13

n'est pas assimilable à une augmentation de tarif et ne constitue donc pas un motif de résiliation anticipée.

EN CAS DE BAISSÉ DES RISQUES Rien à faire si l'assureur diminue la prime

Si votre voiture prend de l'âge et que vous ne voyez plus la nécessité de l'assurer «tous risques», vous devriez logiquement vous contenter d'une assurance «au tiers». De même, si vous vous séparez d'une partie des meubles de votre logement pour les répartir entre vos enfants, la valeur des biens garantis par votre contrat va sensiblement diminuer. Vous allez donc demander à votre assureur de réduire le montant des primes que vous versiez jusqu'à présent pour payer votre multirisque habitation ou votre assurance auto. Et vous en avez le droit, car la compagnie d'assurances est effectivement obligée de recalculer ses tarifs pour les adapter à la nouvelle situation. Si elle refuse, vous pouvez résilier votre contrat, et cette résiliation prendra effet dans les trente jours suivant l'envoi de votre courrier. De plus, l'assureur doit vous rembourser la fraction de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Bon à savoir : afin de ne pas vous retrouver sans assurance, rien ne vous empêche d'en souscrire une nouvelle auprès d'une autre compagnie, en lui précisant bien qu'elle doit prendre effet le jour exact où le précédent contrat va expirer.

EN CAS DE GARANTIES ÉTENDUES Refusez la surprime si elle est excessive

Lorsque votre contrat d'assurance prévoit de couvrir certains risques mais que vous souhaitez relever le niveau d'indemnisation initialement convenu ou étendre cette couverture à d'autres risques (ou à d'autres personnes), il y a, comme disent les assureurs, «aggravation du risque». C'est le cas, par exemple, si vous voulez que votre mutuelle santé rembourse mieux les frais dentaires ou que votre multirisque habitation prenne en charge les combles que vous venez de transformer en chambres. La loi autorise alors l'assureur soit à résilier le contrat si, pour des raisons qui lui sont propres, il refuse de

L'ASSUREUR PEUT ÉGALEMENT SE SÉPARER DE VOUS



PHOTO : THOMAS / REA

Un banal accident de la route autorise l'assureur à résilier votre contrat.

Comme vous, à chaque échéance annuelle, l'assureur peut librement décider de résilier votre contrat (avec un préavis de deux mois). D'autres situations, plus spécifiques, lui permettent de le faire : après un sinistre (un mois de préavis), du moins si cette faculté est prévue au contrat, en cas de non-paiement de la cotisation (résiliation actée dix jours après une mise en demeure de payer sous trente jours), en cas de déclaration inexacte ou d'aggravation du risque (préavis de dix jours).

garantir ces nouveaux risques, soit à exiger une majoration de la prime (cas le plus fréquent). De votre côté, vous disposez de trente jours à partir de l'information qui vous est donnée sur les nouvelles conditions pour les accepter ou, si vous les trouvez excessives, pour les refuser. Dans ce dernier cas, vous pouvez demander à l'assureur que votre contrat soit purement et simplement résilié.

EN CAS DE VENTE DU BIEN ASSURÉ La résiliation est alors automatique

Si vous vendez un bien qui était assuré (meuble, bijou, tableau, voiture...), votre contrat est automatiquement suspendu dès le lendemain de l'opération, mais vous devez vite prévenir la compagnie de la date exacte de la cession. Ce n'est que dix jours après que le contrat sera effectivement résilié (pas seulement suspendu). Faute d'avoir entrepris les démarches nécessaires, sachez que la résiliation interviendra de plein droit à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la date de vente. Une négligence qui pourrait vous coûter cher en termes de cotisations payées pour rien. Cas particulier, celui de la perte définitive d'un objet assuré, résultant d'un événement non prévu au contrat (par

exemple, si votre montre ou votre smartphone tombent dans une bouche d'égout). Dès la constatation de cette disparition, votre contrat est résilié, l'assureur devant alors vous rembourser la fraction de la cotisation payée en trop.

EN CAS D'ADHÉSION À UN CONTRAT GROUPE Terminé, l'ancien contrat !

Vous venez d'être embauché par une entreprise qui vous impose de souscrire un contrat d'assurance santé collectif. Une contrainte qui est d'ailleurs un «plus», car ce type de contrat est généralement plus intéressant que les contrats individuels classiques, comme celui que vous avez actuellement et que vous allez devoir résilier. Votre assureur ne peut s'y opposer, à condition que vous en fassiez la demande au plus vite par lettre recommandée et que vous prouviez que cette adhésion au contrat-groupe est bien une obligation. Bon à savoir : si plusieurs personnes (conjoint, enfants...) bénéficient de votre contrat actuel, vous pouvez soit résilier celui-ci en totalité et faire adhérer ces personnes à votre nouveau contrat, soit vous retirer seul du contrat, sans le résilier, en y laissant les autres bénéficiaires. Si vous avez le choix, préférez la première solution. ●

LEXIQUE

Agent général
Professionnel indépendant qui exerce l'activité d'intermédiaire pour le compte d'une compagnie d'assurances (Axa, Allianz, Aviva, Groupama, Maaf...) dont il a reçu le mandat. Il intervient dans tous les secteurs de l'assurance de biens et de personnes (habitation, auto, santé, prévoyance, retraite...), place les produits, encaisse les cotisations, suit la gestion des contrats au jour le jour et enfin assiste ses clients en cas de sinistre, de l'ouverture du dossier jusqu'à la procédure d'indemnisation. On dénombre environ 12 000 agents généraux dans toute la France.

Courtier Contrairement à l'agent général, le courtier ne vend pas directement de contrats à ses clients : il les aide à en souscrire, en leur proposant les produits les plus adaptés à leurs besoins et qui sont sélectionnés auprès d'une multitude de compagnies. Autre différence, il est indépendant de chaque assureur avec qui il travaille, sa rémunération étant fixée en pourcentage du montant de la transaction effectuée. On compte 2 800 courtiers en France. Parmi les plus actifs : Gras Savoye, Aon France, Verspieren, Groupe April...

FFSa La Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), créée en 1937, regroupe aujourd'hui plus de 250 entreprises du secteur représentant 90% du marché français de

l'assurance. Si la FFSA promeut des actions de prévention, elle défend aussi les intérêts de la profession et mène des études statistiques de sinistralité au niveau national (500 millions d'euros, par exemple, pour le coût des aléas climatiques de l'hiver 2014), permettant aux adhérents d'affiner leurs politiques de gestion du risque et leurs grilles tarifaires.

Gema Créé en 1964, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (Gema) est le syndicat des sociétés du secteur de l'assurance répondant aux valeurs et principes mutualistes (but non lucratif, pas de capital social, donc pas d'actionnaires à rémunérer). Leurs sociétaires, les clients, sont donc à la fois collectivement assureurs et individuellement assurés. Un statut qui ne change pas grand-chose vis-à-vis

des garanties et tarifs proposés, les sociétés du Gema et de la FFSA œuvrant dans le même univers compétitif. Le Gema regroupe une cinquantaine d'adhérents (Maaf, Maif, Macif, Matmut, GMF...), qui représentent 10% du marché de l'assurance en France.

Prescription Désigne la durée au-delà de laquelle une action en justice (concernant des droits personnels, mobiliers ou immobiliers) n'est plus recevable. Une loi du 17 juin 2008 en a modifié les délais : comptez aujourd'hui cinq ans pour le cas général, dix ans en cas de dommage corporel (ou pour faire exécuter une décision de justice), trente ans en matière de droits immobiliers. Cas particuliers relevant du droit de la consommation : les actions relatives à un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans.



Le groupe Axa, leader des compagnies d'assurances, compte près de 3 500 agents généraux répartis sur tout le territoire français.

PHOTO : HAMILTON REA



ASSURANCE HABITATION

La maison et la famille, voilà ce qui compte en priorité pour vous. Normal: votre logement est le bien auquel vous tenez le plus, c'est le cadre de votre vie quotidienne et de celle de vos proches. Mais la tranquillité de votre foyer peut être perturbée par nombre d'événements imprévus, comme une inondation, une tempête ou un cambriolage... Souscrire une assurance habitation va vous garantir contre ces risques, et davantage encore, puisque le volet «responsabilité civile» qui

l'accompagne obligatoirement couvre aussi tous les dommages causés à autrui (amis, voisins, cousins de passage...) par les personnes vivant sous votre toit. Certains incidents peuvent toutefois déboucher sur un litige difficile à régler sans l'aide d'un avocat. Une solide garantie de «protection juridique» vous permettra alors de vous tirer d'affaire. ●

SOMMAIRE

P.18 Garantie multirisque

P.22 Responsabilité civile

P.24 Protection juridique

**60
jours**

DURÉE D'ABSENCE
ANNUELLE À PARTIR DE
LAQUELLE LE VOL
N'EST PLUS INDEMNISÉ

**15 000
euros**

PLAFOND HABITUEL
DE PRISE EN CHARGE DANS
UN CONTRAT DE
PROTECTION JURIDIQUE

**100
euros**

L'HEURE, MONTANT
D'HONORAIRES MOYEN
D'UN AVOCAT
POUR RÉGLER UN LITIGE

GARANTIE MULTIRISQUE Attention

Enumérer toutes les catastrophes qui peuvent arriver chez soi – du cambriolage à l'inondation, des rideaux qui prennent feu à la télé qui explose – c'est la certitude d'attraper une bonne migraine. Le meilleur moyen de la chasser : souscrire une bonne assurance multirisque habitation. Il vous en coûtera entre 100 et 1 000 euros par an selon la taille de votre logement et la qualité des garanties figurant sur votre contrat. Mais attention ! Indemnisation des dégâts ne signifie pas remboursement intégral. Toutes sortes de dispositions et de conditions – abattement pour cause de vétusté, consignes de sécurité draconiennes, exclusion ou limitation de certains risques... – finissent par peser sur le montant du dédommagement. Certes, vous pourrez toujours contester la proposition chiffrée qui vous est faite et, expertise à l'appui, exiger une rallonge.

Mais que de formalités en vue ! Mieux vaut commencer par choisir un assureur sérieux et le contrat qui vous convient.



NIVEAU DE REMBOURSEMENT Prenez l'option valeur à neuf

Les assureurs appliquent souvent un taux de vétusté aux biens sinistrés. Il varie en fonction de la nature et de l'âge des biens. Comptez au moins 10% par an pour du mobilier courant. Du coup, si votre vieux canapé affiche dix ans au compteur, vous n'aurez droit à rien. Pour un bien à durée de vie courte, par exemple un ordinateur, la décote peut même atteindre 25% par an. De quoi doucher tout espoir de récupérer quoi que ce soit au bout de quatre ans. D'où l'intérêt d'opter pour une clause d'indemnisation en « valeur à neuf ». Moyennant quelques dizaines d'euros supplémentaires par an, elle vous permettra d'être remboursé sans déduction de la

vétusté. Le cas des biens immobiliers est plus complexe car ils ne perdent pas forcément de valeur avec les ans. Mais un taux de vétusté risque néanmoins d'être prévu par l'assureur. Optez alors, là aussi, pour une clause « valeur à neuf » prévoyant un complément d'indemnités, qui limitera l'effet de cette décote.

VOL, VANDALISME Sécurisez efficacement l'accès à votre logement

Meubles, ordinateurs, téléviseurs, bijoux... tout ce que contient votre habitation peut être assuré contre le vol et le vandalisme. Encore faut-il qu'elle soit correctement sécurisée. Les conditions de base sont sensiblement les mêmes d'un assureur à l'autre, à savoir la présence sur la porte d'entrée d'une serrure à trois points, de cornières antipinces et d'une barre de seuil, le renforcement des autres portes d'accès par des verrous supplémentaires ou des barres de

LES TARIFS ANNUELS ET LES GARANTIES DE SEPT ASSURANCES HABITATION BON MARCHÉ

Assureur (contrat)	Appartement à Paris (1)	Maison à Narbonne (2)	Appartement à Bordeaux (3)	Maison à Montpellier (4)	Plafond de remboursement			
					Logement	Mobilier	Electroménager (5)	
Aloa Assurances (Essentielle)	273 euros	312 euros	108 euros	222 euros	Valeur d'expert (6)	60 000 euros (7)	0 euro	
MAE (Quiétude)	383 euros	273 euros	264 euros	368 euros	300 000 euros	50 000 euros	4 000 euros	
Euro-Assurance (Freed'home)	394 euros	373 euros	229 euros	273 euros	Valeur à neuf	50 000 euros	13 785 euros	
Aloa Assurances (Confort +)	428 euros	464 euros	229 euros	431 euros	Valeur d'expert (6)	60 000 euros	Valeur à neuf (8)	
April (Classic)	523 euros	550 euros	461 euros	896 euros	Valeur à neuf	10 000 euros	47 000 euros	
April (Standing)	574 euros	592 euros	506 euros	960 euros	Valeur à neuf	10 000 euros	Valeur à neuf	
AcommeAssure (Exclusif)	632 euros	720 euros	193 euros	493 euros	Valeur à neuf	50 000 euros	Valeur à neuf	

Source : Kalassur.com

(1) Couple marié (un enfant scolarisé), 50 ans, propriétaire d'un appartement de 90 m², datant de 1970, situé à Paris. Valeur du mobilier : 50 000 euros. Bijoux et objets précieux : 5 000 euros. (2) Couple marié (un enfant), 45 ans, propriétaire d'une maison de 130 m², de 1990, située à Narbonne. Dépendance de 20 m². Valeur du mobilier : 45 000 euros. Bijoux et objets précieux : 4 000 euros. (3) Couple de concubins (sans enfants), 35 ans, locataire d'un appartement de 70 m², de 1985, situé à Bordeaux. Valeur du mobilier : 40 000 euros. Bijoux et objets précieux : 2 000 euros. (4) Couple de concubins (sans enfants), 40 ans,



aux conditions d'indemnisation !

renfort, la pose de volets sur les fenêtres situées à moins de 3 mètres du sol. Les compagnies peuvent également exiger l'installation de barreaux, de vitres anti-effractions ou d'un système d'alarme, surtout s'il s'agit d'une résidence secondaire (laquelle doit, en outre, souvent être occupée au moins soixante-quinze jours par an). Attention, en cas de vol, vous devrez prouver la réalité de l'effraction (bris de porte, usage de fausses clés), preuve que le cambrioleur n'est pas entré comme dans un moulin.

INCENDIE Tournez-vous vers un expert en cas de dommages très importants

Que vous soyez ou non responsable du sinistre, tous les biens immobiliers (toiture, murs, sols...) ou mobiliers (meubles, vêtements, matériel électrique...) endommagés par un incendie sont, en principe, couverts par votre assureur. En revanche, faute de clause particulière,

les bâtiments annexes (atelier, abri de jardin) ne sont pas concernés. A noter que votre compagnie est généralement tenue de vous proposer un nouvel hébergement. Malgré l'importance des sommes en jeu, les délais officiels de remboursement (trente jours) sont hélas souvent dépassés. La faute à d'interminables batailles entre l'expert de l'assureur et le vôtre (si vous avez eu la sagesse d'en prendre un). Soyez d'autant plus vigilant lors de la rédaction du contrat, et n'oubliez pas d'apporter les modifications nécessaires au rythme des éventuels changements intervenus par la suite dans votre habitation.

DÉGÂT DES EAUX Si la fuite vient du voisin, faites un constat avec lui

Une machine à laver qui déborde, une tête de robinet qui cède : les incidents de ce type sont monnaie courante et provoquent souvent des dégradations



PHOTO : FOTOLIA

Le vol de bijoux ne sera dédommagé qu'à condition d'avoir des preuves d'achat : factures, certificats d'expertise, photos...

considérables. Après l'application d'une franchise, ces dégâts sont couverts sans problème. Avant de payer, les assureurs vérifient toutefois que certaines consignes de sécurité ont bien été respectées. Pas question pour eux de rembourser la

Suite page 20 ►

	Objets précieux	Franchise (par sinistre)	Plafond de la garantie responsabilité civile	Plafond de la protection juridique (par litige)	Autres garanties incluses
	60 000 euros	330 euros	5 millions d'euros	15 245 euros	Perte de clés, assurance scolaire des enfants
	Valeur d'expert (5)	115 euros	100 millions d'euros	9 000 euros	Perte de clés, piscine, contenu du congélateur
	50 000 euros	180 euros	4,6 millions d'euros	0 euro	Perte de clés, assurance scolaire, contenu du congélateur
	60 000 euros	330 euros	5 millions d'euros	15 245 euros	Perte de clés, assurance scolaire, piscine, contenu du congélateur
	47 000 euros	120 euros	100 millions d'euros	Illimité (275 euros de franchise)	Assurance scolaire, piscine, contenu du congélateur
	Valeur à neuf	120 euros	100 millions d'euros	Illimité (275 euros de franchise)	Perte de clés, assurance scolaire, piscine
	50 000 euros	145 euros	25 millions d'euros	15 000 euros (110 euros de franchise)	Perte de clés, assurance scolaire, piscine

Notre classement des meilleures assurances habitation dévoile de grosses disparités de tarifs (du simple au double, voire plus). Mais attention, souscrire l'offre la moins chère n'est pas toujours un bon calcul. Ainsi, la formule «Essentielle» d'Aloa Assurances, peu coûteuse, ne couvre aucun appareil électrique et applique une franchise de 330 euros par sinistre. A l'opposé, la formule «Standing» d'April, nettement plus chère, garantit le plus souvent un remboursement à neuf. Sans parler du niveau élevé des garanties responsabilité civile et protection juridique (lire pages 22 et 24).

locataire d'une maison de 110 m², de 1980, à Montpellier. Dépendance de 15 m². Valeur du mobilier : 45 000 euros. Bijoux et objets précieux : 3 500 euros. (5) Ainsi que la télévision, les appareils hi-fi et vidéo. (6) Estimation donnée par l'expert mandaté par l'assureur, basée sur des critères tels que l'état du bien, ses caractéristiques, son ancienneté et sa valeur marchande. (7) En cas d'incendie, de dégâts des eaux et d'intempéries, mais pas de vol. (8) Un taux de vétusté de 10% est appliqué sur les appareils de plus de cinq ans.



Entre 2 et 5 jours pour déclarer le sinistre

► Suite de la page 19

totalité des dommages si, par exemple, la chaudière était mal entretenue (lire l'encadré ci-contre). A partir du moment où vous constatez les dégâts, vous avez cinq jours pour les déclarer par écrit. Si le sinistre est causé par un voisin, vous devez rédiger ensemble un constat amiable, comme pour un accident de voiture. A noter que sont seulement couverts les dégâts venant de chez vous ou de chez le voisin. Sont donc exclus les engorgements d'égouts ou les ruissellements d'eau de pluie.

INTEMPÉRIES Votre maison est garantie, mais ce n'est pas le cas de votre jardin...

Malheur à vous si vous êtes victime d'inondations, de glissements de terrain ou d'avalanches! Vous avez peu de chances d'être remboursé, surtout si vous habitez dans une zone à risque et avez omis de le préciser à votre assureur. En revanche, le risque «tempête, grêle, neige» est toujours couvert, mais à deux conditions toutefois: que le vent ait soufflé très fort (100 kilomètres-heure au minimum) et que d'autres bâtiments situés à quelques kilomètres du vôtre aient également été sinistrés. Les dommages subis par votre maison tant à l'extérieur qu'à l'intérieur seront alors indemnisés, mais, sauf clause spécifique, pas les plantations du jardin ni les clôtures. Si le vent souffle en moyenne à 145 kilomètres-heure pendant dix minutes ou atteint 215 kilomètres-heure en rafale, ce n'est pas la garantie «tempête» qui joue mais la garantie «catastrophe naturelle», alors décrétée par un arrêté interministériel. Avantage pour l'assuré: il n'a pas à prouver la cause des dommages et il est indemnisé plus rapidement.



PREUVES D'ACHAT Conservez vos factures et prenez des photos

Pour être indemnisé à la suite d'un vol, vous devrez prouver que les objets dérobés étaient bien chez vous au moment du sinistre et combien ils vous ont coûté. Votre assureur vous demandera des factures d'achat, des bons de garantie ou des certificats d'expertise. Vous ne les retrouvez plus? Des photos peuvent suffire, à condition

qu'elles soient prises dans votre environnement personnel et que figurent au verso des détails tels que – s'il s'agit d'un bijou – sa provenance, son poids et sa taille. Pour un tableau ou un tapis, le bon de dépôt remis par le spécialiste de l'entretien peut faire l'affaire. Pour les biens reçus en héritage, le mieux est de disposer d'un inventaire notarié. A noter qu'en matière d'incendie ou de dégât des eaux, les documents à produire à l'assureur sont pratiquement les mêmes.

PROCÉDURE EN CAS DE SINISTRE
Respectez le délai de déclaration

Incendie, vol... Quel que soit le sinistre, vous devez le déclarer rapidement à votre assureur, le mieux étant de lui passer aussi un coup de fil. Le délai est généralement de cinq jours ouvrés (deux pour un cambriolage). Il court dès que vous avez constaté les dégâts, précision importante car, dans certains cas, par exemple un débordement de machine à laver venant de chez le voisin, il faut parfois plus de cinq jours pour s'en apercevoir. A noter que vous devez aussi prévenir le syndic si vous êtes copropriétaire. Après réception de votre déclaration, votre compagnie d'assurances vous adressera un courrier donnant votre numéro de dossier et, si le sinistre est important, annonçant la venue d'un expert. Celui-ci sera chargé de faire un rapport, d'estimer les dommages et de proposer une indemnité. Si les dégâts sont minimes, il n'y aura pas d'expertise, à charge pour vous de faire établir un devis par un artisan et de l'envoyer à l'assureur, lequel, s'il est d'accord, donnera son feu vert pour les travaux et vous versera la somme prévue.

EXPERTISE Méfiez-vous, une bataille d'experts peut vous coûter cher

L'indemnisation proposée par votre assureur ne vous convient pas? Faites alors appel à un expert de votre choix, mais seulement si le jeu en vaut la chandelle (il faut que des sommes très importantes soient en cause) et si votre dossier est solide. En effet, les honoraires du deuxième expert seront à votre charge (comptez de 1 000 à 2 000 euros, parfois davantage). Après les deux expertises, et si les experts ne se sont pas



PHOTO: LANIER/REA

On pense souvent que l'assurance multirisque apporte une couverture complète de son logement. Il suffit de lire n'importe quel contrat pour s'apercevoir de son erreur. Prenez la garantie vol: elle ne jouera pas si le bien a été inhabité, selon les assureurs, entre trente et quatre-vingt-dix jours par an. Quant aux objets situés dans le jardin, le garage ou la cave, c'est simple, ils ne sont jamais assurés. Pour un dégât des eaux, les réparations du toit et de la terrasse seront de votre poche. Pire, si la chaudière est en cause et qu'elle n'a pas été entretenue au cours de l'année, vous n'aurez qu'une indemnité au rabais, voire rien du tout! Et en cas d'intempéries? Les abris en bois ou en tôle, les vérandas, les antennes TV et les panneaux solaires font presque toujours partie des exclusions.

mis d'accord, un troisième expert peut être nommé par les deux parties, lesquelles se partageront les frais à parts égales. Deux cas de figure peuvent alors se produire: ou bien un terrain d'entente est enfin trouvé, et la situation se réglera à l'amiable; ou bien le conflit persiste, et vous n'aurez plus qu'à saisir le médiateur des assurances, personnalité indépendante, donc extérieure à la compagnie qui vous assure. Mieux vaut toutefois éviter d'en arriver là. ●



Attention, piège possible.



© Océan/Corbis

SPÉCIAL
FISCALITÉ

DEVENEZ UN ACTEUR MAJEUR DE LA RÉVOLUTION CANCER et déduisez votre don de l'impôt sur le revenu ou de l'ISF

Gustave Roussy, 1^{er} centre de lutte contre le cancer en Europe, a besoin de vous pour accélérer la Révolution Cancer.

Grâce aux dons reçus, des résultats concrets : en 2013, la recherche de Gustave Roussy sur la médecine personnalisée est reconnue comme une **première mondiale**. Elle bénéficie déjà à plusieurs centaines de malades.

➔ **Objectif 2014 de Révolution Cancer, réunir 1 million d'euros de dons :**

- pour traquer le cancer de toutes parts en combinant différents médicaments ciblés,
- pour développer la médecine personnalisée pour tous les nouveaux malades.

Rejoignez-nous : www.revolution-cancer.fr

En savoir plus : Cynthia Collier - 01 42 11 54 74 - fondation@gustaveroussy.fr

Comment soutenir la Révolution Cancer tout en réduisant votre impôt ?

Vous avez jusqu'à fin mai ou mi-juin 2014, selon votre patrimoine, pour nous adresser votre don. Celui-ci est déductible à 75% de l'Impôt de Solidarité sur la Fortune (dans la limite de 50 000€) ou à 66% de l'Impôt sur le Revenu.

BULLETIN DE SOUTIEN

À retourner avant fin mai ou mi-juin 2014, selon votre patrimoine,
à la Fondation Gustave Roussy - 114, rue Édouard-Vaillant - 94805 VILLEJUIF CEDEX

FONDATION GUSTAVE ROUSSY

Oui, je souhaite soutenir la Révolution Cancer menée à Gustave Roussy

Je joins mon don par chèque à l'ordre de la Fondation Gustave Roussy d'un montant de

..... €

☐ Mme ☐ M. Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Adresse e-mail :

RESPONSABILITÉ CIVILE Les contrats de base ne couvrent pas tous les risques

C'est la loi qui le dit : les préjudices causés à autrui doivent être réparés, qu'il s'agisse de la chute d'un pot de fleurs sur un passant ou de la morsure d'un chien sur un enfant jouant dans la rue. D'où l'existence obligatoire d'une garantie «responsabilité civile» dans tous les contrats d'habitation. Elle engage l'assureur à indemniser les dommages causés involontairement par les bénéficiaires de l'assurance à des personnes ou à leurs biens (lire les exclusions dans l'encadré ci-contre). Qui sont ces bénéficiaires ? Leur définition varie d'un contrat à l'autre, mais, en général, il s'agit des personnes vivant en permanence chez l'assuré, à commencer par sa famille.



PERSONNES ASSURÉES Toute votre maisonnée peut en faire partie

Tous les membres de la famille au sens large, c'est-à-dire les occupants habituels de votre logement, sont couverts par le contrat. Reste que les assureurs sont plus ou moins généreux. Pour certains, cela regroupe l'ensemble des gens vivant sous votre toit, y compris les amis hébergés. Pour d'autres, la garantie se limite à ceux qui ont un lien de parenté. Mieux vaut donc relire le contrat pour vérifier que l'assurance va jouer ou non dans certains cas : habitants permanents extérieurs à la famille, habitants occasionnels membres de la famille, aides ménagères... Le cas échéant, il sera prudent de demander à l'assureur d'ajouter une clause correspondant à la situation exacte de votre maisonnée.

RISQUES COUVERTS De la chute du pot de fleurs à la morsure du chien

Sont concernés les dommages causés à autrui par tous les bénéficiaires du contrat, à savoir l'assuré lui-même, les gens qu'il héberge et les animaux dont il a la garde. Ces dommages peuvent être corporels (blessures), matériels (biens détruits ou abîmés) et même immatériels (arrêt forcé d'une activité dont la

victime profitait). La garantie peut aussi porter sur les frais (d'huissier ou d'avocat) correspondant à une action en justice engagée par la victime à l'encontre d'un des assurés. Elle joue aussi dans le cadre de la pratique d'un sport (sauf s'il est dangereux), d'une location de vacances, d'activités scolaires ou extrascolaires de ses enfants. Sont bien entendu exclus les préjudices causés par les assurés lorsqu'ils conduisent une voiture ou une moto, mais – bon à savoir – pas un vélo (même électrique).

DOMMAGES EXCLUS Evitez le saut à l'élastique ou le vol en deltaplane

Le champ d'application de la responsabilité civile est très large mais pas illimité. Sont ainsi exclus les dommages

causés par un tiers à l'assuré lui-même, à ses proches et, plus généralement, à toute personne couverte par le contrat. Idem pour les dommages causés aux biens dont l'assuré est propriétaire ou locataire. La garantie ne joue pas davantage dans le cadre des activités professionnelles de l'assuré (c'est le contrat de l'employeur qui intervient). Attention : certaines activités sportives considérées comme trop risquées (saut à l'élastique, parachutisme, deltaplane...) ne sont couvertes que si vous souscrivez un contrat complémentaire. Une extension de garantie est également exigée pour les chiens dangereux (pitbulls, mastiffs, rottweillers...). Enfin, les dommages causés intentionnellement sont systématiquement exclus de la garantie. ●

LES TROIS CAS OÙ VOTRE ASSURANCE NE JOUERA PAS



CAS N° 1 Les aides bénévoles Sauf clause spécifique (généralement incluse dans les contrats haut de gamme), le voisin ou l'ami qui vient vous aider à bricoler ou à jardiner ne sera pas couvert par votre garantie responsabilité civile. S'il se blesse et se retourne contre vous, la facture d'indemnisation sera de votre poche...



CAS N° 2 Les prestataires de services Le peintre ou l'électricien qui vient chez vous effectuer des travaux de rénovation ne sera pas pris en charge par votre contrat en cas de blessure. Si son travail a été déclaré (gare au travail au noir !), vous n'aurez rien à payer. C'est son assurance professionnelle qui le dédommagera.



CAS N° 3 Les membres de la famille Les préjudices corporels ou matériels que peuvent se causer mutuellement les membres d'une même famille ne donnent jamais droit à indemnisation de la part de l'assureur. Pour être couvert en cas de dommages, il faut souscrire une garantie «accident de la vie» (lire page 50).



Low cost, internet, destinations insolites...

Enquête sur les milliards du tourisme



En vente chez votre marchand de journaux et sur www.prismashop.fr

PROTECTION JURIDIQUE Pratique, mais

Vous lancer seul dans une procédure judiciaire ? Mieux vaut éviter cette aventure, surtout si vous n'avez ni les moyens ni les connaissances pour y faire face. C'est là qu'une protection juridique peut vous aider. Vous en trouverez dans tous les contrats d'habitation d'un bon niveau (lire le tableau page 19), parfois même sans l'avoir demandé, car elle est généralement adossée automatiquement à votre multi-risque. Cette protection vous permet d'obtenir des conseils par téléphone au stade d'une négociation à l'amiable. Et s'il faut aller plus loin, elle prend en charge les frais de justice et les honoraires d'avocat. La réalité est souvent moins idyllique, car les assureurs répu- gnent à s'engager dans une procédure judiciaire lourde et coûteuse. Ils privilégient systématiquement les accords à l'amiable (lire l'encadré ci-contre). De plus, leurs contrats prévoient des plafonds de prise en charge et des seuils d'intervention qui limitent l'importance de leur engagement. N'empêche qu'une bonne protection juridique vous simplifie la vie dans les cas les plus courants.

FONCTIONNEMENT Une équipe de juristes est à votre disposition

Vous avez un problème de copropriété avec le syndic ? Ou de mitoyenneté avec le voisin ? Avant de manifester officiellement votre désaccord, mieux vaut bien connaître vos droits et prendre les précautions nécessaires. Commencez donc par téléphoner au service d'information juridique de votre assureur. Il mettra à votre disposition des spécialistes qui vous apporteront renseignements et conseils. Dans un deuxième temps, un accompagnement vous sera fourni pour engager une négociation à l'amiable et, si elle n'aboutit pas, une procédure judiciaire. Enfin, une fois le litige réglé, l'assureur prendra en charge une partie des frais occasionnés pour la circonstance. Ainsi se présente, dans l'idéal, le déroulement des opérations. Malheureusement, la réalité est parfois différente : contrat pas clair, prestations mal

SI L'ASSUREUR REFUSE D'ENGAGER UN PROCÈS

Le règlement des litiges à l'amiable, rapide (deux à trois mois) et peu coûteux, est la voie préférée des assureurs. Il n'est donc pas rare qu'ils refusent d'aller en justice. Si cela ne vous convient pas, vous pourrez saisir un arbitre (conseiller juridique désigné conjointement par l'assureur et l'assuré ou par un juge) afin qu'il donne son avis. Si le procès a sa faveur, l'assureur devra obtempérer. Sinon, vous pourrez toujours aller au procès, mais à vos frais. Si vous gagnez, l'assureur vous les remboursera dans la limite prévue par le contrat.



définies, faible niveau de remboursement, assureurs peu coopératifs, certains traînant les pieds si le dossier est compliqué ou refusant d'aller jusqu'au procès par peur d'un échec...

PLAFOND Le plus souvent, n'espérez pas plus de 15 000 euros de prise en charge

L'un des critères à privilégier pour choisir la protection juridique qui vous conviendra le mieux est le plafond maximal global fixé par votre contrat. Ce plafond détermine jusqu'à quel montant l'assurance prendra en charge les dépenses occasionnées par un litige, toutes interventions confondues (expertises, honoraires d'avocat, frais de procédure judiciaire). Les plafonds tournent généralement autour de 15 000 euros mais peuvent grimper beaucoup plus haut dans les formules dites « intégrales », comme chez April. A l'inverse, il existe

des seuils (de l'ordre de quelques centaines d'euros) au-dessous desquels les assureurs refusent d'intervenir, considérant que les frais à prévoir risquent d'être supérieurs aux gains escomptés. Attention aussi aux franchises, ces sommes qui restent de toute façon à la charge de l'assuré. Autre point à vérifier : l'existence d'un délai de carence. Dans ce cas, la protection juridique ne joue pas si le client n'est assuré que depuis peu de temps (moins de trois à six mois, par exemple).

EXCLUSIONS Préférez la formule "tous risques sauf...", plus claire

Les exclusions sont souvent aussi nombreuses que les garanties couvertes, et pas toujours détaillées d'une façon explicite. Les plus fréquentes sont le refus de prendre en charge les litiges qui ont débuté avant la souscription du contrat ou ceux dans lesquels l'assuré

souvent insuffisante en cas de gros procès

est manifestement en tort. La protection juridique ne couvre pas non plus les amendes, pénalités et intérêts de retard auxquels ce dernier pourrait être condamné à titre personnel (cette limitation est d'ailleurs une obligation légale). Pas question non plus pour l'assureur de lui rembourser les dommages subis, car c'est alors à l'assureur de la partie adverse d'intervenir. Autres types de sinistres parfois exclus : les dossiers si complexes que leur règlement risque de s'éterniser, les différends entre assurés de la même compagnie et ceux opposant deux assurés couverts par un même contrat (un père et son fils, par exemple). Bon à savoir : les protections juridiques peuvent être de deux types : «tous risques sauf...» ou «à risques nommés». Privilégiez toujours les premières, nettement plus claires.

CHOIX D'UN AVOCAT C'est à vous de décider, pas à votre assureur

En cas d'échec de la négociation à l'amiable, il vous faudra peut-être envisager une procédure judiciaire et prendre un avocat. Ce sera à vous de le choisir, pas à l'assureur, celui-ci ne pouvant que vous proposer un nom. La raison : éviter toute possibilité de conflit d'intérêts. De même, ce sera à vous de vous entendre avec l'avocat pour déterminer le montant de ses honoraires, l'assureur ne participant pas à la discussion. Ne vous contentez pas d'un taux horaire (100 ou 150 euros l'heure, par exemple), formule ne prévoyant aucune limite si le procès vient à traîner en longueur. Demandez aussi une convention d'honoraires à l'avocat (une estimation de sa rémunération), lequel est d'ailleurs tenu de vous en remettre une. Ce document vous permettra de calculer la somme qui restera à votre charge après la prise en compte du plafond de garanties prévu dans le contrat d'assurance. Sachez enfin que, théoriquement, la direction du procès appartient à vous seul, l'avocat et l'assureur agissant uniquement à titre de conseil. Cela dit, le mieux est que tous s'entendent pour obtenir le meilleur résultat au moindre coût. ●

LEXIQUE

C **laue d'inhabitation** Disposition du contrat qui suspend la garantie vol à partir d'une certaine durée d'absence dans le logement, comprise en général entre soixante et quatre-vingt-dix jours (consécutifs ou non selon les contrats). A noter : la clause d'inhabitation ne joue en principe pas pour les résidences secondaires, mais l'assureur exigera une cotisation plus élevée que pour une résidence principale, car le risque de cambriolage y est plus élevé.

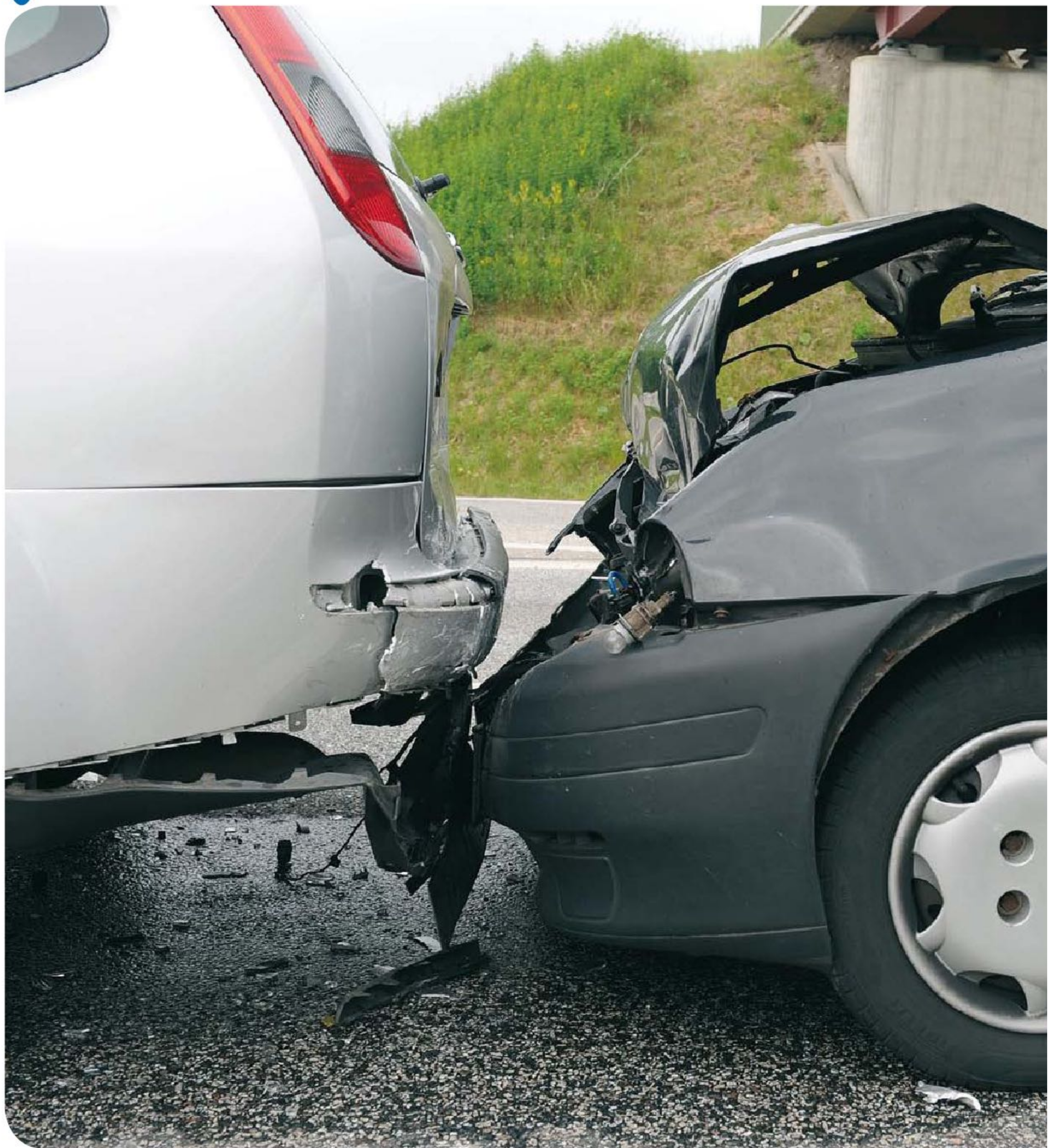
D **éclaration de sinistre** Afin d'être indemnisé, l'assuré doit déclarer à sa compagnie le sinistre qu'il a subi dans des délais qui varient en fonction de sa nature. Ce délai, qui court à partir de la constatation des dommages, est généralement de cinq jours (deux seulement pour un cambriolage). En cas de non-respect du délai, sauf cas de force majeure, l'assureur peut refuser la prise en charge du sinistre.

E **tat de catastrophe naturelle** Désigne les événements naturels imprévisibles, tels que les cyclones, les inondations, les raz-de-marée ou les tremblements de terre qui, au regard de leur importance (on parle de cyclone lorsque le vent souffle en moyenne à au moins 145 kilomètres-heure durant dix minutes), présentent un

caractère catastrophique pour les habitants. Pour que l'assuré soit indemnisé des dégâts occasionnés sur son logement au titre de cette garantie, il faut que les pouvoirs publics décrètent l'état de «catastrophe naturelle».

S **euil d'intervention** C'est, concernant la protection juridique associée au contrat d'assurance habitation, le montant du préjudice en jeu à partir duquel l'assureur accepte de défendre votre dossier, soit pour régler le litige à l'amiable avec la partie adverse, soit pour mener une action en justice contre elle. Le seuil d'intervention de la plupart des contrats de protection juridique varie entre 300 et 600 euros.

V **aleur à neuf** Garantie qui permet d'être indemnisé de la vétusté (dépréciation due à l'âge) du bien sinistré afin d'obtenir un remboursement égal à la valeur à neuf du bien au jour du sinistre. En pratique, l'assureur vous rembourse d'abord la valeur du bien, vétusté déduite, puis, une fois celui-ci remplacé, vous reverse l'indemnité correspondant à la vétusté. Exemple pour un canapé acheté 1200 euros il y a deux ans mais valant aujourd'hui 1000 euros : si l'assureur a défini un taux de vétusté de 10%, vous percevrez d'abord 900 euros, puis le solde de 100 euros après avoir acheté un nouveau canapé.





ASSURANCE AUTOMOBILE

Assurer sa voiture ne devrait pas être bien compliqué: si vous conduisez un vieux clou de 5 ou 10 ans d'âge, un contrat «au tiers» fait l'affaire, et si vous venez de vous offrir une somptueuse berline toute neuve, un «tous risques» s'impose. Mais les choses ne sont malheureusement pas aussi simples, car les compagnies d'assurances proposent aujourd'hui une multitude de formules intermédiaires et de contrats personnalisés plus ou moins faciles à décrypter. Pire,

quand survient l'accident (collision, incendie, bris de glace ou vol...), vous découvrez alors que choisir entre les diverses garanties que vous avez payées est hélas plus aisé que de les faire jouer. En effet, rentrer dans ses frais est souvent une véritable gageure, tant les procédures d'indemnisation sont lentes et tatillonnes. •

SOMMAIRE

P.28 Clauses du contrat

P.32 Tarifs sur mesure

P.33 Indemnisation

25%

DE MALUS APPLIQUÉ À LA
COTISATION À PAYER POUR
CHAQUE ACCIDENT DONT
VOUS ÊTES RESPONSABLE

0 euro

D'INDEMNISATION EN CAS
DE BLESSURE SI VOUS
N'AVEZ PAS SOUSCRIT DE
"GARANTIE CONDUCTEUR"

30%

DE RABAIS DE COTISATION
OBTENU À CONDITION
DE S'ENGAGER À ROULER
MOINS DE 8 000 KM PAR AN

PHOTO: BENJAMIN NOLTE/FOTOLIA

CLAUSES DU CONTRAT Des franchises aux exclusions, les pièges sont nombreux

Conduire sans assurance, c'est un peu comme rouler sans permis, vous risquez gros : jusqu'à 3 750 euros d'amende, sans parler des poursuites judiciaires. S'assurer est donc une obligation, mais, heureusement, vous avez l'embarras du choix pour trouver le contrat qui vous convient, tant au niveau des risques pris en charge que du montant de la cotisation, ces deux éléments étant d'ailleurs étroitement liés. Votre voiture est ancienne et vous roulez peu ? Un contrat responsabilité civile (dit « au tiers ») suffira. Mais si vous disposez d'un modèle haut de gamme flambant neuf, c'est l'assurance « tous risques » qui s'impose. Les formules intermédiaires sont infinies. A vous de juger si vous souhaitez être couvert ou non contre l'incendie, les bris de glace ou les pannes de moteur, l'essentiel étant de souscrire systématiquement une garantie du conducteur. En tout cas, lors de la signature du contrat, soyez vigilant sur le contenu exact des clauses et le niveau des franchises.

FORMULES Gare à l'assurance au tiers, c'est vraiment le minimum !

Trois formules, de la plus basique à la plus complète, vous sont proposées. La première, qui est aussi la moins coûteuse, est l'assurance responsabilité civile, appelée assurance au tiers. Elle couvre les dommages causés à autrui, à un autre véhicule, et même à ses propres passagers. Un assuré au tiers responsable d'un accident ne sera donc pas indemnisé pour ses préjudices corporels ni pour les dommages subis par son véhicule (il le sera seulement s'il est non responsable). Deuxième formule : l'assurance au tiers « élargie » à un certain nombre d'autres risques courants, tels que l'incendie, le vol, le bris de glace et les « dommages collision », garantie qui prend en charge les dégâts causés au véhicule de l'assuré même si le conducteur est responsable (mais seulement si un tiers identifiable est impliqué).

Troisième formule : l'assurance tous risques. Le top ! Vous serez remboursé pour tout sinistre subi par votre véhicule, que vous soyez responsable ou non, qu'un tiers, même non identifié, soit impliqué ou pas, ou qu'il s'agisse d'une rencontre avec un animal ou un mur... A recommander pour une voiture neuve.

FRANCHISE Elle sera sans doute élevée si vous optez pour un assureur bon marché

Viser le contrat le moins cher n'est pas toujours un bon calcul, surtout si vous êtes du genre à enchaîner les accrochages ou si votre voiture fait partie des modèles les plus volés (Smart Fortwo, BMW X6, Renault Twingo...). En effet, la franchise déterminée par l'assureur, à savoir la somme qui reste de toute façon à votre charge, est souvent très élevée chez les compagnies pratiquant des tarifs attractifs, notamment les filiales d'hypermarchés et les assureurs Internet. Avec des franchises qui atteignent parfois 1 000 euros, vous risquez de devoir faire une croix sur l'indemnisation des petits dommages (phares cassés, aile froissée...). A vous d'arbitrer entre l'avantage d'une petite franchise et l'inconvénient d'un tarif élevé. Ce choix dépend de votre style de conduite et de la valeur de votre voiture. Beaucoup de compagnies acceptent d'ailleurs de négocier une baisse des tarifs contre une hausse de la franchise.



VOL, TENTATIVE DE VOL Vous devez trouver les preuves d'effraction

Avec le vol d'une voiture, c'est souvent la double peine : vous vous retrouvez sans véhicule et l'assureur tarde à vous rembourser. En effet, nombre de compagnies multiplient les conditions d'indemnisation et exigent souvent plusieurs preuves d'effraction. Pourtant, il y a longtemps que les voleurs ont appris à s'introduire dans une voiture sans laisser de traces. L'indemnisation qui vous est versée correspond à la valeur vénale de votre voiture au jour du vol : elle dépend donc de son âge et de son

kilométrage. C'est souvent la cote Argus qui sert de référence. De toute façon, le remboursement n'est jamais immédiat, il faut attendre une trentaine de jours. Si la voiture est retrouvée avant ce délai, seuls les frais de récupération et de remise en état sont pris en charge. Si elle est retrouvée après et que vous avez déjà été indemnisé, vous pouvez la racheter à l'assureur en reversant les sommes perçues. Bon à savoir : les objets laissés dans la voiture sont rarement couverts.

BRIS DE GLACE Votre pare-brise est assuré, pas forcément vos phares

Garantie très utile qui vous permet de remplacer à moindres frais un pare-brise étoilé ou de réparer l'impact d'un gravier. Idem s'il s'agit des vitres latérales ou de la lunette arrière. En revanche, sont couramment exclus les toits panoramiques, les rétroviseurs et les phares. Quand ce n'est pas le cas, gare aux franchises, souvent élevées. Dernier conseil : si vous subissez plusieurs petits sinistres au cours d'une même année, mieux vaut souvent ne pas les déclarer, car l'assureur pourrait vous cataloguer comme mauvais conducteur et en profiter pour relever ses tarifs.

INCENDIE, TEMPÊTE, INONDATION Indemnisés, mais sous conditions

Ces risques inhabituels, réunis dans une seule et même garantie, ne sont couverts que dans certaines limites. Dans le cas d'un incendie, il faut que le sinistre soit causé par une combustion spontanée ou par la foudre (parfois une explosion). Sont exclus les dommages occasionnés par une brûlure de cigarette, un mauvais entretien du véhicule et tout acte volontaire (sauf si celui-ci est lié à un attentat terroriste). L'indemnisation est généralement égale à la valeur du véhicule le jour du sinistre. Quant à la garantie « catastrophe naturelle », elle ne s'applique que si l'événement (inondation, avalanche, tempête...) est ainsi

Suite page 30 ►



LES OFFRES POUR QUATRE CLIENTS TYPES VOULANT S'ASSURER EN TOUS RISQUES OU AU TIERS

Assureur (groupe)	Cotisation annuelle	Plafond d'indemnités ⁽¹⁾		Protection juridique ⁽²⁾	Remboursement en cas de vol ou d'incendie	Garantie du conducteur	Caractéristiques du contrat
		Dommages corporels	Dommages matériels				
Etudiante, 24 ans, Peugeot 206, 8 000 kilomètres par an, Reims ⁽⁴⁾							
Formule tous risques							
Direct Assurance (Groupe Axa)	318 euros	Illimitées	100 000 euros	Oui	Voiture de moins de 6 mois : prix d'achat ⁽³⁾	400 000 euros	Assistance du véhicule 24 h/24 et 7 j/7, pas d'avance de frais dans les garages automobiles partenaires.
Euro-Assurance (Assu 2000)	670 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Voiture de moins de 12 mois : prix d'achat ⁽³⁾	152 450 euros	Condition du contrat : rouler moins de 8 000 km par an (avec report des kilomètres non utilisés).
Formule au tiers							
Direct Assurance (Groupe Axa)	246 euros	Illimitées	100 000 euros	Oui	Aucun remboursement	400 000 euros	Avec cette offre, l'assistance remorquage du véhicule assuré est garantie 24 h/24 et 7 j/7.
AllSecur (Allianz)	273 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Aucun remboursement	400 000 euros	Gestion du contrat en ligne. Assistance dépannage 24 h/24 et 7 j/7 (effectuée par Mondial Assistance).
Salariée, 30 ans, Renault Clio, 10 000 kilomètres par an, Lyon ⁽⁵⁾							
Formule tous risques							
L'olivier (Admiral)	359 euros	Illimitées	50 000 euros	Non	Cote Argus de l'occasion	100 000 euros	Dépannage-remorquage inclus. Franchises accident modulables à la hausse pour réduire le tarif annuel.
Idmacif.fr (Macif)	476 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Voiture de moins de 6 mois : prix d'achat ⁽³⁾	800 000 euros	Un contrat d'assurance entièrement pilotable sur Internet (souscription, paiement, suivi des sinistres).
Formule au tiers							
Aloa Assurances (Covéa)	289 euros	Illimitées	100 000 euros	Jusqu'à 7 623 euros	Aucun remboursement	100 000 euros	Assistance dépannage 24 h/24. Réseau de plus de 4 000 réparateurs agréés dans toute la France.
AllSecur (Allianz)	299 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Aucun remboursement	400 000 euros	Condition de souscription : rouler moins de 10 000 km par an. Assistance dépannage 24 h/24 incluse.
Cadre, 40 ans, Audi A3, 20 000 kilomètres par an, Toulouse ⁽⁶⁾							
Formule tous risques							
AllSecur (Allianz)	380 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Voiture de moins de 6 mois : prix d'achat ⁽³⁾	400 000 euros	Contrat de dépannage-remorquage par Mondial As- sistance inclus (24 h/24). Accessible sur Internet.
Idmacif.fr (Macif)	530 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Voiture de moins de 6 mois : prix d'achat ⁽³⁾	800 000 euros	Contrat 100% Internet : souscription, règlement des primes, modifications du contrat, suivi des sinistres.
Formule au tiers							
Direct Assurance (Groupe Axa)	180 euros	Illimitées	100 000 euros	Oui	Aucun remboursement	400 000 euros	Kilométrage illimité, assistance 24 h/24 et 7 j/7. Pas d'avance de frais dans les garages auto partenaires.
AllSecur (Allianz)	280 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Aucun remboursement	400 000 euros	Souscription en agence ou via Internet, garantie d'assistance remorquage intégrée au contrat.
Retraité, 62 ans, Citroën C4, 10 000 kilomètres par an, Nantes ⁽⁷⁾							
Formule tous risques							
AllSecur (Allianz)	328 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Voiture de moins de 6 mois : prix d'achat ⁽³⁾	400 000 euros	Offre accessible aux conducteurs roulant moins de 10 000 km par an. Assistance dépannage 24 h/24.
Aloa Assurances (Covéa)	502 euros	Illimitées	100 000 euros	Jusqu'à 7 623 euros	Cote Argus de l'occasion	100 000 euros	Réseau de plus de 4 000 réparateurs automobiles agréés. Garantie assistance incluse (24 h/24).
Formule au tiers							
AllSecur (Allianz)	228 euros	Illimitées	100 000 euros	Non	Aucun remboursement	400 000 euros	Garantie dépannage-remorquage intégrée. Possibi- lité de souscrire et de suivre les sinistres en ligne.
L'olivier (Admiral)	244 euros	Illimitées	50 000 euros	Non	Aucun remboursement	100 000 euros	Les franchises dommages matériels sont modulables à la hausse pour réduire la cotisation.

(1) Indemnisation maximale versée en cas d'accident, pour les dommages corporels causés à autrui et aux passagers de son véhicule, ainsi que pour les dommages matériels causés à un autre véhicule.

(2) Garantie qui apporte des conseils juridiques en cas d'accident et peut prendre en charge tout ou partie des frais de justice et des honoraires d'avocat en cas de procédure à mener devant les tribunaux.

(3) Pour les voitures plus vieilles, le montant du remboursement est celui estimé par l'expert de l'assureur, qui se réfère généralement à la cote Argus (laquelle tient compte de l'âge et du kilométrage du véhicule).

(4) Femme, célibataire, locataire de son appartement. Obtention du permis : 2008. Véhicule : Peugeot 206 XR 1.1 d'occasion (mise en circulation en 2000), 4 CV, essence, usage privé, parking collectif, 24% de bonus.

(5) Femme, célibataire, locataire de son appartement. Obtention du permis : 2004. Véhicule à assurer : Renault Clio 4 Zen, de février 2013, 5 CV, essence, usage privé, parking individuel, 43% de bonus.

(6) Homme, marié, propriétaire de sa maison. Obtention du permis : 1994. Véhicule à assurer : Audi A3 Business Line, de février 2014, 7 CV, diesel, usage privé et professionnel, garage individuel, 50% de bonus.

(7) Homme, veuf, propriétaire de sa maison. Obtention du permis : 1972. Véhicule à assurer : Citroën C4 HDi 110, de février 2014, 6 CV, diesel, usage privé, pas de parking, 40% de bonus.

Une ceinture non bouclée fait sauter la garantie !

► Suite de la page 28

qualifié par arrêté ministériel. Les procédures d'indemnisation sont alors plus rapides qu'à l'ordinaire. Notez que certains assureurs proposent des garanties «événements climatiques» intéressantes dans les zones à risques.

ACCESSOIRES Vérifiez qu'ils sont bien couverts par votre assurance

GPS, autoradio, écran télé, lecteur DVD... Le marché des accessoires auto explose. Or les dispositifs antidémarrage des voitures étant de plus en plus efficaces, les voleurs se rabattent sur les équipements, plus accessibles. Beaucoup d'automobilistes s'imaginent que leurs gadgets, souvent coûteux, sont couverts par leur assurance vol. Douce illusion ! S'ils avaient lu attentivement leur contrat, ils auraient constaté que la plupart de ces équipements optionnels (c'est-à-dire ne figurant pas dans le descriptif du modèle de base) sont exclus de la garantie vol. En cas d'effraction, ils ne toucheront donc aucune indemnité, à moins d'avoir souscrit une clause spécifique, laquelle se paie autour de 80 euros par an pour 1 000 euros d'accessoires.



GARANTIE DU CONDUCTEUR Souscrivez-la impérativement

S'assurer contre les dégâts matériels, c'est bien, mais il faut aussi penser aux éventuels dommages corporels subis par le conducteur. Or, s'il n'a pas pris de dispositions particulières, le responsable d'un accident ne pourra compter que sur les prestations de la Sécu (et de sa mutuelle santé, s'il en a une) pour prendre en charge ses dépenses de soins. Cela ne suffira pas si les blessures exigent une hospitalisation. Voilà pourquoi la «garantie individuelle du conducteur» (souvent en option, mais d'un coût modique) est indispensable : elle vous assimile à une victime. En cas de gros pépin, l'assureur paiera le complément Sécu pour vos frais médicaux, et vous indemniser de votre perte de revenus pour les jours d'arrêt de travail. Attention toutefois aux plafonds d'indemnisation : ils varient de 100 000 euros à plus de 1 million d'euros selon les compagnies. Au-dessous de 400 000 euros, il

est sage de payer une surcotisation ou de changer de compagnie. Dans ce genre d'accident, la facture grimpe très vite.

ASSISTANCE Très utile si vous vous retrouvez en difficulté et loin de tout

Si vous vous retrouvez immobilisé sur la route, loin d'une station-service, à la suite d'un accident ou d'une panne, l'intervention de votre assureur est la bienvenue. Encore faut-il avoir souscrit la garantie assistance. Pas nécessairement coûteuse, elle couvre trois risques principaux. En cas de défaillance technique et de collision, elle permet la prise en charge des frais de remorquage et peut proposer un véhicule de remplacement. Si l'assuré tombe malade ou se blesse, elle couvre les frais médicaux, chirurgicaux et d'ambulance. Enfin, en cas de décès, elle s'occupe du rapatriement du corps. Certains contrats couvrent aussi l'acheminement des pièces détachées et les frais d'hébergement pendant la durée des réparations. En revanche, les pannes d'essence, les erreurs de carburant (vous avez confondu le diesel et le super en faisant le plein), les crevaisons et la perte des clés sont généralement exclues de la garantie.

EXCLUSIONS Elles sont beaucoup plus nombreuses que vous ne le pensez

C'est dans le cadre d'une assurance au tiers, la plus basique, qu'elles sont les plus nombreuses. Ainsi, les dommages subis par le responsable de l'accident ne sont jamais couverts, qu'il soit ou non propriétaire du véhicule. Même sanction pour les dommages intentionnels (provoqués sciemment) et ceux causés aux personnes transportées dans des conditions de sécurité insuffisante (gare aux ceintures non bouclées !), aux passagers responsables de l'accident (par exemple, s'ils ont agressé le conducteur) ou transportés à titre onéreux (attention au covoiturage !), aux objets et animaux confiés à l'assuré. A noter que, en cas de vol d'une voiture, les dommages causés par celle-ci sont obligatoirement pris en charge par l'assureur. Mais sachez également qu'avoir un accident en conduisant sans permis vous prive de toute indemnisation. ●

BIEN CONDUIRE RÉDUIT LA COTISATION DE 50%



Nb d'années sans sinistre responsable	Coefficient de bonus appliqué	Evolution de la cotisation (500 euros au départ)
1	0,95	475 euros
2	0,90	450 euros
3	0,85	425 euros
4	0,80	400 euros
5	0,76	380 euros
6	0,72	360 euros
7	0,68	340 euros
8	0,64	320 euros
9	0,60	300 euros
10	0,57	285 euros
11	0,54	270 euros
12	0,51	255 euros
13	0,50	250 euros

Si vous n'avez jamais été assuré, votre coefficient de bonus-malus démarre à 1 (cotisation multipliée par 1). Ensuite, ce coefficient est réduit de 5% par année sans sinistre responsable. Au bout de treize ans de conduite irréprochable, le bonus atteint son maximum de 50% : la cotisation de départ est alors diminuée de moitié. Mais à chaque accident responsable, la cotisation est majorée de 25% (malus), jusqu'à une hausse maximale de 350%. Après deux ans sans sinistre, le malus disparaît et le coefficient de bonus-malus revient à 1.



Attention, piège possible.

10 ANS
D'EXPERTISE

Capital.fr

CAPITAL BOURSE PREMIUM

Le service de conseils boursiers pour
valoriser vos placements

ET BÉNÉFICIER DES AVANTAGES FISCAUX
DU NOUVEAU PEA-PME

Rendez-vous sur www.capital.fr/premium/

12:12
lundi 10 février

Capital Bourse Premium il y a 8 min
Nos recommandations du jour
Parmi les PME cotées, nous vous
conseillons d'acheter l'action To...
Faire glisser pour lire

J'AI ACCÈS AU PORTEFEUILLE
CAPITAL BOURSE PREMIUM.

Valeur actuelle
du portefeuille
43 827 €

Valeur
en 2003
20 000 €

PERFORMANCE DU PORTEFEUILLE

+119%

DEPUIS LE LANCEMENT EN 2003
Perf du CAC 40 sur la période : +35%

JE BÉNÉFICIE CHAQUE SEMAINE D'UNE IDÉE
D'INVESTISSEMENT À FORT POTENTIEL.

QUELQUES PLUS-VALUES RÉALISÉES RÉCEMMENT

+45%

EN MOINS DE 3 MOIS

SUR
TOUPARGEL GROUPE SA

+35%

EN 3 SEMAINES

SUR
TRIGANO SA

+33%

EN 6 SEMAINES

SUR
MONTAGNE NEIGE &
DÉVELOPPEMENT

JE PEUX SUIVRE FACILEMENT TOUS LES CONSEILS DES ANALYSTES DE **Capital.fr** AVEC :



La réception en temps réel d'alertes par email à chaque transaction ou recommandation d'achat / vente.



Les fiches conseils détaillées sur chacune des valeurs du CAC 40 et des PME cotées.



Les recommandations dans une perspective de valorisation à 12 mois.



L'historique de tous les conseils, de l'achat jusqu'à la vente, en totale transparence.

Avec la rubrique Bourse et le service Premium de Capital.fr, la société PRISMA MEDIA a pour seul objectif de mettre certaines informations à la disposition du public en général et n'intend en aucune manière effectuer, directement ou indirectement, dans quelque pays que ce soit, un quelconque démarchage ou une quelconque offre de valeurs mobilières. Les informations et données sur les valeurs boursières indiquées sur le Site sont sélectionnées avec soin et ne sont communiquées qu'à titre informatif et non dans le but d'inciter à réaliser des transactions ou d'effectuer de telles transactions. Elles s'adressent à une clientèle avertie consciente des fluctuations rapides qui peuvent intervenir sur certains marchés, et de leur caractère spéculatif. Il est exact que PRISMA MEDIA s'est efforcé de l'assurer de l'exactitude des informations disponibles sur le service, il est également important de rappeler que ce service est un nouveau mode de diffusion d'informations, dont certains proviennent de sources extérieures. Concernant les notes de bourse : l'indice CAC40 est diffusé en temps réel. Les autres cotations sont retardées d'au moins 15 minutes. PRISMA MEDIA, en conséquence, assume toute responsabilité, expresse ou tacite, concernant l'exactitude, l'exhaustivité ou les délais de mise à jour des informations fournies. Nous recommandons à l'abonné de ne prendre aucune décision sur la base de ces informations avant de les avoir vérifiées, étant précisé que ce dernier sera, en toute hypothèse, seul responsable de leur interprétation et de leur utilisation. PRISMA MEDIA ne garantit ni les résultats, ni les performances des produits basés sur les informations qui sont indiquées dans la rubrique Bourse et le service Premium de Capital.fr. En conséquence, ni la société PRISMA MEDIA, ni ses administrateurs, dirigeants, employés, adhérents, agents ou consultants ne pourront être tenus responsables à l'égard de quelque personne que ce soit pour quelques pertes, dommages, coûts ou dépenses que ce soient (notamment manque à gagner, ou perte d'usage, dommages directs, indirects, accessoires ou consécutifs) résultant d'erreurs, d'omissions ou d'altérations d'informations que l'abonné pourrait subir du fait d'erreurs contenues dans les informations fournies. Ces dernières ne peuvent être utilisées que pour vos besoins personnels et ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une exploitation commerciale. En outre, Capital.fr ne pourra voir sa responsabilité engagée en cas d'indisponibilité de ses obligations dues à un cas de force majeure telle que définie par les tribunaux.

TARIFS SUR MESURE Jusqu'à 30% de rabais pour ceux qui conduisent peu

L'éventail des formules proposées par les compagnies s'élargit sans cesse. Aujourd'hui, les contrats sont adaptables à tous les cas de figure, qu'il s'agisse du profil du conducteur ou du type de véhicule qu'il possède. Face à une clientèle toujours plus variée, les assureurs en sont donc arrivés à faire du sur-mesure : conduite occasionnelle, conduite exclusive, risques rallye ou compétition, collection de vieilles voitures... Durcissement de la concurrence oblige, les voilà même contraints de fidéliser certains clients particulièrement intéressants en réduisant leur prime. C'est notamment le cas pour les petits rouleurs qui, comme leur nom l'indique, se servent peu de leur voiture et, en conséquence, courent peu de risques. Les bons conducteurs, ceux qui accumulent les années sans accident, sont également favorisés, mais cette fois au niveau du bonus, lequel peut alors dépasser le plafond réglementaire. Catalogués « à risque », les jeunes ont droit aussi à un traitement spécial : une prime majorée de 100% la première année...



PETITS ROULEURS Ne dépassez jamais votre forfait kilométrique

Beaucoup de compagnies proposent depuis quelques années des contrats s'adressant aux petits rouleurs (souvent des retraités). C'est votre cas si vous totalisez moins de 12 800 kilomètres par an, moyenne des conducteurs en France. Vous bénéficiez alors d'un forfait attractif (de 5 à 30% d'économie annuelle par rapport au tarif normal) en échange d'un engagement de votre part à ne pas dépasser, selon les cas, 5 000, 8 000 ou 10 000 kilomètres par an. Mais attention, s'il s'avère en cas d'accident que vous avez dépassé votre forfait kilométrique, la compagnie peut invoquer la nullité du contrat, et vos dommages ne seront pas pris en charge. Bon à savoir : certains assureurs, comme Amaguiz, ajoutent au forfait une prime variant avec les kilomètres

parcours, lesquels sont relevés sur le compteur de la voiture ou enregistrés grâce à un boîtier spécial.

BONS CONDUCTEURS Décrochez un superbonus au bout de treize ans

Les bonus-malus retenus pour le calcul des primes sont strictement réglementés (lire l'encadré page 30). Pour fidéliser un bon conducteur, son assureur est toutefois libre de lui consentir des offres plus avantageuses, allant au-delà de 50% de bonus après treize ans sans accident. Après un certain nombre d'années supplémentaires, ce pourcentage peut ainsi atteindre 65%. D'autres assureurs accordent un bonus de 50% à vie pour un assuré disposant d'un permis de conduire depuis une dizaine d'années, sans sinistre responsable. A noter que les compagnies sont très discrètes sur ce genre de pratique : le superbonus, s'il existe, ne figure donc jamais, lors de la résiliation d'un contrat, dans le relevé officiel d'informations transmis auto-

matiquement par l'ancien assureur au nouveau. Pas question, donc, pour l'assuré d'en conserver le bénéfice.

JEUNES CONDUCTEURS Vous êtes dans le collimateur des assureurs

Du fait de leur inexpérience et de leur goût (supposé) pour la vitesse, les jeunes figurent sur la liste rouge des conducteurs à risque. Les statistiques sont formelles : la classe d'âge 18-24 ans est impliquée dans 22% des accidents mortels. Ils se voient donc infliger une importante majoration de cotisation, parfois plus de 100%. Un coup d'autant plus dur que les jeunes, notamment les étudiants, roulent rarement sur l'or. Heureusement, cette surprime est réduite de moitié après chaque année sans accident, et disparaît donc la troisième année. Bon à savoir : certains assureurs acceptent d'adoucir leurs exigences si, avant d'acheter sa propre voiture, le jeune conduisait régulièrement celle de ses parents et figurait sur leur contrat. ●

TROIS OFFRES ATTRACTIVES POUR PETITS ROULEURS (1)

Assureur (formule)	Etudiante, 24 ans, Peugeot 206	Salariée, 30 ans, Clio 4	Commerçant, 40 ans, Kangoo	Dirigeant, 50 ans, BMW Z3	Retraité, 62 ans, Citroën C4
Amaguiz (au kilomètre parcouru)	10,90 euros (2)	10,90 euros (3)	10,90 euros (4)	10,90 euros (5)	10,90 euros (6)
MMA (5 000 kilomètres maximum)	25 euros	17,60 euros	18,20 euros	23 euros	22,80 euros
Maaf (8 000 kilomètres maximum)	21 euros	19 euros	15,20 euros	15,50 euros	16 euros

(1) Les cotisations sont exprimées par mois. Les voitures sont récentes, sauf pour l'étudiante (2000) et le commerçant (2007). Assurance au tiers. (2) Plus 0,056 euro par kilomètre parcouru par mois. (3) Plus 0,029 euro/km par mois. (4) Plus 0,023 euro/km par mois. (5) Plus 0,052 euro/km par mois. (6) Plus 0,028 euro/km par mois.

A condition de s'engager à rouler dans l'année un maximum de 5 000 ou de 8 000 kilomètres, les forfaits de MMA ou de la Maaf génèrent au moins 10 à 15% d'économie. L'offre d'Amaguiz

repose sur un principe différent : au tarif forfaitaire de base, assez modique, s'ajoute un supplément par kilomètre parcouru chaque mois. Très avantageux si vous êtes un tout petit rouleur...



INDEMNISATION En cas de blessure, le chèque doit être envoyé sous dix mois

Un sinistre est toujours une rude épreuve, qu'il s'agisse d'accident ou de vol du véhicule. Mais une autre épreuve vous attend dans la foulée, parfois aussi angoissante: êtes-vous certain d'être indemnisé de votre préjudice et, si oui, rentrerez-vous entièrement dans vos frais et dans quels délais? Les situations sont rarement simples, même pour un assuré ayant souscrit une garantie tous risques, et nombre d'incertitudes surviennent. Exemple en cas de vol: votre voiture sera-t-elle retrouvée ou pas, dans quel état, et que vaudra-elle alors? En cas d'accident: votre responsabilité est-elle entièrement engagée ou partagée avec d'autres automobilistes, comment les dégâts corporels et matériels seront-ils pris en charge, vos passagers sont-ils automatiquement couverts? Certes, les procédures d'indemnisation des victimes de dommages corporels ou matériels sont très réglementées par la loi et le Code des assurances, mais, dans la pratique, elles dépendent beaucoup du comportement des compagnies: certaines vous apportent une aide précieuse et règlent rapidement le dossier, d'autres se montrent tatillonnes et traînent les

pieds pour vous envoyer le chèque. Raison de plus pour bien connaître vos droits et les faire appliquer.

VOL Remboursé au prix d'occasion si votre voiture a plus de six mois

Votre voiture vient d'être volée et vous êtes assuré contre ce risque: comment serez-vous indemnisé? Les modalités de prise en charge dépendent en grande partie du sort de l'auto. Si elle n'a pas été retrouvée dans les trente jours suivant la déclaration de vol, l'assureur vous proposera une indemnisation basée sur sa valeur vénale ou de remplacement, c'est-à-dire sa cote sur le marché de l'occasion (laquelle dépend de son âge et du kilométrage), après application éventuelle d'une franchise. Si la voiture a moins de six mois, elle est souvent considérée comme neuve, et vous serez remboursé à hauteur du prix d'achat, à condition de présenter une facture. Si votre voiture est retrouvée dans les trente jours, vous êtes tenu de la reprendre, mais l'assureur doit prendre à sa charge les frais de remise en état, qui peuvent parfois être élevés si le voleur a eu un accident. Cette prise en charge ne peut toutefois excéder la valeur vénale

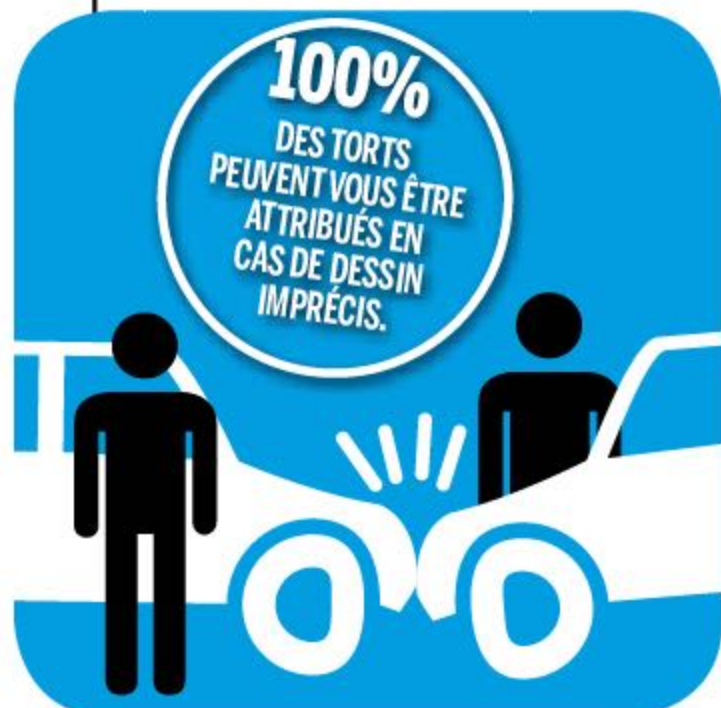
du véhicule. Si la voiture est retrouvée plus de trente jours après le vol et que vous avez déjà été indemnisé, vous avez le choix entre la récupérer en restituant l'indemnité ou conserver cette dernière et laisser le véhicule à l'assureur.

VÉHICULE ENDOMMAGÉ En "tous risques", vous n'aurez rien à payer

Le choc a été si brutal que votre voiture est immobilisée et qu'il va falloir la remorquer jusqu'à un garage. La question qui se pose alors est moins d'ordre financier que de sécurité publique: vu l'importance des dégâts, le véhicule pourra-t-il être remis un jour en circulation? C'est un expert qui va analyser la situation en se focalisant sur quatre importants critères de sécurité (avant 2009, il y en avait trente et un): état de la carrosserie, efficacité du freinage, fiabilité de la direction, protection des passagers. Si l'un de ces points pose problème, l'expert déclenche auprès de la préfecture une procédure d'opposition à une remise en circulation. Du coup, vous ne pouvez ni utiliser votre voiture, ni la vendre, et votre carte grise est confisquée. Une fois les réparations

Suite page 34 ►

RÉDACTION DU CONSTAT AMIABLE: LES BONS RÉFLEXES À AVOIR EN CAS D'ACCIDENT



Sous le choc, la rédaction du constat est souvent bâclée. Attention, un dessin imprécis ou une information omise peut conduire l'assureur à vous attribuer 100% des torts et ainsi à refuser toute indemnité. S'il y a désaccord, signalez les points litigieux à la rubrique «observations», mais n'ajoutez jamais une information

sur votre propre feuillet: elle n'aura aucune valeur (on peut même vous attaquer pour faux et usage de faux). Pensez aussi, si l'autre conducteur est fautif mais ne le reconnaît pas, à recueillir les dépositions de témoins. Sinon, vous risquez d'écoper de 50% des torts. N'oubliez pas de cocher la case des dégâts corporels si

vous êtes blessé, même légèrement. Sans quoi, tout recours sera impossible si des traumatismes apparaissent par la suite. Enfin, préférez une indemnisation amiable pour un accrochage mineur: le responsable gardera son bonus et, en cas de torts partagés, vous échapperez tous deux aux 12,5% de malus.

Vos proches peuvent parfois être dédommagés

► Suite de la page 33

effectuées (à la charge de l'assureur, sans franchise, si vous êtes en «tous risques»), l'expert procède à un nouvel examen et, si tout est rentré dans l'ordre, vous pourrez reprendre le volant. A noter : certaines garanties d'assistance prévoient le prêt d'un véhicule (ou vous paient une location) pendant les dix à quinze premiers jours de la durée des réparations.



VOITURE IRRÉPARABLE Gare à la facture si vous refusez l'indemnité

Est déclaré irréparable tout véhicule accidenté dont les frais de remise en état sont supérieurs à sa valeur. A moins d'être mal assuré et déclaré responsable à 100% du sinistre, auquel cas aucun dédommagement n'est prévu (lire le tableau ci-contre), l'assureur doit proposer dans les quinze jours une indemnisation que le propriétaire a trente jours pour accepter ou refuser. Soit il accepte et cède sa voiture à l'assureur (elle partira à la casse), soit il refuse et peut décider de la faire réparer. Mais gare, la fraction des frais excédant l'indemnité offerte restera à sa charge. S'il se sépare de son auto, trois possibilités d'indemnisation sont prévues : la valeur vénale ou de remplacement (prix de revient d'un véhicule de même type et dans le même état), la valeur catalogue (prix du neuf si la voiture a moins de six mois) et la valeur agréée (prix déterminé par l'assureur et l'assuré après consultation d'un expert), cette dernière formule s'appliquant surtout aux voitures de collection.



CONDUCTEUR BLESSÉ L'assureur a huit mois pour vous faire une offre

La prise en charge par l'assureur des dommages corporels subis par un conducteur dépend de son degré de responsabilité dans l'accident et du type de garantie souscrite. Ainsi, le conducteur, qu'il soit assuré au tiers ou tous risques, n'est totalement indemnisé que s'il n'est pas responsable. S'il a souscrit, en plus, une «garantie du conducteur» (lire la définition page 30), ses dommages sont pris en charge intégralement, quel que soit son degré de responsabilité. A noter que le montant de l'indemnisation prend en compte les frais médicaux non rembour-

Niveau de responsabilité de l'assuré	Avec une assurance au tiers		Avec une assurance tous risques	
	Indemnisation des dommages matériels	Indemnisation des dommages corporels	Indemnisation des dommages matériels	Indemnisation des dommages corporels
Non responsable	100% (sans franchise)	100%	100% (sans franchise)	100%
Responsabilité partagée	Partielle ⁽¹⁾	Partielle ⁽¹⁾	100% (sans franchise) ⁽²⁾	Partielle ⁽¹⁾
Responsable à 100%	0%	0%	100% (sans franchise)	0%
Responsable non identifié	0% ⁽³⁾	0% ⁽³⁾	100% (sans franchise)	0% ⁽³⁾

(1) En proportion du taux de responsabilité de l'assuré dans l'accident. (2) Sauf si le contrat d'assurance en prévoit une.
(3) Le Fonds de garantie des assurances obligatoires (FGAO) peut toutefois indemniser en partie l'assuré pour les dommages subis.

On voit ici les limites de l'assurance au tiers, formule peu onéreuse mais basique, qui couvre mal l'assuré déclaré en partie responsable de l'accident. En cas de torts exclusifs, ses dommages matériels (véhicule) et corporels (blessures) ne donneront même lieu à aucune indemnisation. Schéma plus favorable avec l'assurance tous risques : les réparations du véhicule sont alors indemnisées à 100%. Reste que, dans les deux cas (au tiers ou tous risques),

si l'assuré est seul responsable de l'accident, ses dommages corporels ne seront indemnisés qu'à condition d'avoir pris le soin de souscrire la «garantie du conducteur». A noter : lorsque la compagnie adhère à la Convention d'indemnisation directe (Irsa) et que l'assuré n'est pas responsable, elle le dédommagera elle-même, à la place de l'assureur adverse, ce qui accélère la procédure, ramenant souvent à moins de huit mois le règlement pour préjudices corporels.

sés par la Sécurité sociale et la mutuelle santé, les séquelles physiques et psychologiques, les pertes de revenus consécutives à un arrêt de travail. A savoir : le conducteur doit recevoir une proposition de remboursement dans les huit mois suivant son accident et, s'il l'accepte, récupérer son chèque dans un délai maximal de quarante-cinq jours.

VICTIMES COLLATÉRALES Sauf en cas de faute grave, elles sont indemnisées

Les victimes indirectes d'un accident, à savoir les piétons ou les cyclistes qui ont eu la malchance d'être là au mauvais endroit et au mauvais moment, sont intégralement indemnisées de leur préjudice corporel (sans franchise), sauf si elles ont commis une faute inexcusable.

Idem pour les passagers, à moins qu'ils n'aient délibérément provoqué l'accident. Sont aussi dédommagés en totalité, même s'ils ont commis une faute grave (par exemple en traversant une voie à grande circulation sans se préoccuper du trafic), les victimes âgées de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans ainsi que les titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou plus. En revanche, ils n'ont droit à rien si, comme les passagers, ils ont volontairement provoqué l'accident (acte désespéré). Signalons enfin que les proches de la victime (conjoint, concubin, partenaire pacsé, enfants, frères...) peuvent également obtenir un dédommagement de leur préjudice économique (perte de revenus) ou moral (choc psychologique). ●



LEXIQUE

Bonus-malus
Coefficient de réduction (jusqu'à 50%) ou de majoration (jusqu'à 350%) de la cotisation en fonction des sinistres causés année après année. Selon votre bonne ou mauvaise conduite, vous paierez donc plus ou moins cher votre assurance. Un conducteur assuré pour la première fois n'a ni bonus ni malus. Son coefficient est alors égal à 1. A signaler : un accident pour lequel un assuré est déclaré partiellement responsable (on dit aux «torts partagés») entraîne un malus de 12,5%, soit une augmentation de la cotisation moitié moindre qu'en tant qu'unique responsable du sinistre.

Conducteur principal
C'est la personne, aussi appelée conducteur «habituel», qui est désignée sur le contrat comme conduisant le véhicule le plus souvent. Pour qu'un conducteur moins régulier (conjoint, enfant...) soit aussi assuré, il convient de le mentionner au contrat en tant que conducteur «secondaire». A noter qu'il peut y avoir aussi des conducteurs «autorisés» ou «occasionnels», autrement dit des amis à qui l'on prête sa voiture. Ils sont également assurés, mais la franchise en cas de sinistre est plus élevée.

Dommages collision
Garantie à souscrire pour que les dommages causés à son véhicule soient couverts en cas d'accident dont on est responsable. Seules les collisions avec

une voiture, un piéton ou un animal domestique ouvrent droit à indemnisation. Ainsi, un automobiliste qui heurte un mur ou un lampadaire et abîme son véhicule ne sera pas dédommagé.

FGAO Le Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages est l'organisme chargé d'indemniser les victimes d'accidents de la route (collision avec un véhicule à moteur, une personne ou encore un animal errant sur la voie publique) lorsque le responsable de l'accident est inconnu, insolvable ou non assuré.

Payd Ou «Pay as You Drive», locution anglaise qui se traduit en français par «Paie selon ta conduite». Ce système, très en vogue chez nous depuis quelques années, permet à l'assuré qui

s'engage à rouler peu (moins de 5 000 à 10 000 kilomètres par an, selon les contrats), et donc encourt moins de risques d'accidents que d'autres conducteurs, d'obtenir une belle réduction sur le montant de sa cotisation annuelle, allant de 5 à 30%.

Responsabilité civile
C'est la seule garantie obligatoire dans un contrat d'assurance automobile. En cas d'accident, elle indemnise les dommages matériels et corporels infligés à autrui, y compris aux passagers de son propre véhicule. Quand une personne ne souscrit que cette garantie, on dit qu'elle est assurée «au tiers». Cela signifie que les préjudices physiques ou les dommages causés à sa voiture ne sont pas couverts, sauf en cas d'accident de la route n'engageant pas sa responsabilité.



Avec une simple assurance dite «au tiers», les dommages causés à votre propre voiture ne seront pas indemnisés si vous êtes déclaré responsable de l'accident.

PHOTO : GAREL/REA



ASSURANCE SANTÉ

Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter depuis dix ans, mais notre Sécurité sociale, aux prises avec un trou sans fond, peine aujourd'hui à les rembourser. Pour les lunettes et les frais dentaires, c'est même devenu zéro ou presque... Impossible, donc, de vous passer d'une bonne complémentaire santé, surtout si vous avez plus de 50 ans ou des enfants en bas âge. Dans le meilleur des cas, c'est votre employeur qui fait le nécessaire (il y sera contraint en 2016), généralement dans des conditions attrac-

tives. Sinon, il faut vous adresser à une mutuelle ou à une compagnie d'assurances. Vous devrez alors apprendre à vous y retrouver dans le maquis des clauses, niveaux d'indemnisation, exceptions et tarifs figurant dans les contrats proposés. Sans oublier l'essentiel : bien évaluer vos besoins et ceux de votre famille au moment de la souscription. •

SOMMAIRE

P. 38 Les règles du jeu

P. 42 Garanties à examiner

P. 46 Réseaux de soins

35%

TAUX DE REMBOURSEMENT
ACTUEL DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE SUR LE PRIX D'UN
MÉDICAMENT DE CONFORT

2016

DATE À LAQUELLE LES
ENTREPRISES DEVRONT
PROPOSER UNE MUTUELLE
À TOUS LEURS SALARIÉS

84%

DES SPÉCIALISTES ORL
FRANÇAIS PRATIQUENT
DES DÉPASSEMENTS
D'HONORAIRES

LES RÈGLES DU JEU Avant de s'assurer, mieux vaut bien comprendre le système

Tout le monde le sait, plus les dépenses de santé sont importantes, moins la Sécurité sociale les rembourse. C'est particulièrement vrai pour les soins dentaires et les frais d'optique. Et cela ne risque pas de s'arranger dans les années à venir... Quelle que soit votre situation personnelle, familiale ou financière, souscrire une complémentaire santé est donc devenu indispensable. De nombreuses questions légitimes se posent alors : faut-il vous adresser à une compagnie d'assurances ou à une mutuelle, quel niveau de couverture – bas, moyen ou élevé – est le plus approprié à votre cas, comment comprendre le jargon des assureurs, comment vous retrouver entre les taux de remboursement, les franchises et les délais de carence, comment savoir si les tarifs de tel assureur sont plus intéressants que ceux de tel autre, que penser des questionnaires médicaux, des bonus de fidélité

parfois attribués ? Les informations, conseils et tableaux qui suivent vous aideront à y voir clair.

PRISE EN CHARGE DE LA SÉCU Nulle pour l'optique et les soins dentaires

Quiconque travaille en France souscrit auprès de la Sécurité sociale une assurance-maladie qui va prendre en charge ses dépenses de santé ainsi que celles de sa famille. Comment opère la Sécu ? En définissant pour chaque type de prestation, par exemple la consultation d'un généraliste, un tarif de base à partir duquel est calculé un taux de remboursement, la partie non remboursée s'appelant le « ticket modérateur ». Dans les faits, et sauf exception, une fois appliquées ces deux déductions que sont le tarif de base et le taux de remboursement, la somme réellement prise en charge par la Sécu est très inférieure aux dépenses réellement engagées par l'assuré (lire les exemples dans le tableau page ci-contre). Elle est

même symbolique pour les soins dentaires (couronnes) ou optiques (lunettes). Et gare à l'assuré qui négligerait d'avoir un médecin traitant et de le déclarer ! Il verrait ses remboursements fondre encore plus rapidement...

MUTUELLE OU ASSUREUR Cela importe peu, leur métier est identique

Le rôle des complémentaires santé est de prendre en charge en totalité ou en partie les frais non remboursés par la Sécu. Deux types d'opérateurs interviennent sur ce marché : les compagnies d'assurances, sociétés commerciales soumises par leurs actionnaires à des impératifs de rentabilité, et – nettement plus nombreuses – les mutuelles, organismes à but non lucratif censés privilégier les considérations éthiques, par exemple en condamnant toute forme de sélection du client en fonction de son âge ou de son état de santé. Voilà pour les définitions théoriques, mais, en réalité, assureurs et

MUTUELLE D'ENTREPRISE : TOUS LES SALARIÉS DU PRIVÉ Y AURONT DROIT D'ICI 2016

3,5 MILLIONS
DE PERSONNES
NE SONT PAS
COUVERTES PAR LEUR
ENTREPRISE



C'est une grande avancée sociale pour les quelque 3,5 millions de salariés du privé qui paient encore de leur poche leurs dépenses de santé : le 1^{er} janvier 2016 au plus tard, leur entreprise, quelle que soit sa taille, devra obligatoirement les couvrir via une mutuelle collective et prendre en charge au moins 50% des cotisations (celles qui en avaient déjà mis une en place mais qui la finançaient pour moins de la moitié devront se mettre en conformité). Le contrat proposé devra comprendre un socle minimal de garanties et de niveaux de remboursement. Seront ainsi couverts, si l'on s'en tient au projet de décret actuel (le texte définitif

est attendu avant la fin de cette année) : 100% du ticket modérateur – autrement dit, la fraction non remboursée du tarif de base de la Sécurité sociale – pour les consultations médicales et la pharmacie, 100% du forfait hospitalier restant à la charge de l'assuré (18 euros par jour en clinique ou en hôpital, 13,50 euros par jour en service psychiatrique), les frais d'optique à hauteur de 200 euros tous les deux ans, et ceux de prothèses dentaires à hauteur de 150% du tarif de base de la Sécu. A signaler : s'il perd son emploi, le salarié conservera sa mutuelle d'entreprise à titre gratuit pendant douze mois, contre seulement neuf mois précédemment.



mutuelles travaillent dans le même univers concurrentiel et font exactement le même métier. L'un des rares avantages des mutuelles, au moins pour certaines d'entre elles, est de permettre l'accès à des centres de soins mutualistes respectant les tarifs conventionnés. Dans le langage courant, le mot «mutuelle» est d'ailleurs couramment employé pour définir toutes les complémentaires santé. Bref, ce ne sont pas les appellations officielles qui font la différence.

GAMME DE CONTRAT Choisissez en fonction de vos besoins du moment

Dénicher une complémentaire santé offrant un bon rapport qualité-prix, c'est possible, à condition de bien évaluer ses besoins. Si vous et votre famille vous contentez de soins classiques (consultations de généralistes, médicaments bien remboursés par la Sécu...), un contrat d'entrée de gamme suffira, même en cas de séjour à l'hôpital, car ce risque est assez bien couvert. En revanche, vous devrez passer au niveau supérieur pour des soins coûteux et mal remboursés : prothèses dentaires ou auditives, lunettes, recours à des spécialistes... Et si, compte tenu de votre âge et de l'évolution de votre foyer, vous prévoyez un accroissement de vos dépenses de santé, il vous faudra opter pour un contrat haut de gamme. Mais, pour en limiter le coût, privilégiez les garanties auxquelles vous tenez le plus. Exemple : pour les frais dentaires, demandez à passer à un taux de remboursement de 400% du tarif de base de la Sécu, au lieu des 200% pratiqués jusqu'à présent.



PARCOURS DE SOINS Prévu pour vous faire éviter les gaspillages

Depuis 2004, tout assuré social doit choisir un médecin traitant et le déclarer à sa caisse. C'est la première étape d'un parcours de soins coordonnés, lequel a pour objectif affiché de vous faire bénéficier d'un suivi personnalisé et de vous orienter dans vos démarches. Il appartient ainsi au médecin traitant de concentrer toutes les informations vous concernant et de gérer votre dossier médical. Réduction du déficit de la Sécu oblige, l'autre objectif – au moins aussi important – est d'éviter les gaspillages. Plus question désormais de multiplier à votre guise les consultations de spécialistes, chacun vous prescrivant des soins

LES FRAIS QUE LA SÉCURITÉ SOCIALE NE REMBOURSE PAS (1)						
Type de soins prodigués	Type de prestation	Tarif du praticien	Remboursement de la Sécurité sociale			Reste à charge pour l'assuré
			Base	Taux	Montant (2)	
Consultation	Généraliste (3)	23 euros	23 euros	70%	15,10 euros	7,90 euros
	Spécialiste (4)	60 euros	25 euros	70%	16,50 euros	43,50 euros
Dentaire	Extraction de dent	33 euros	33 euros	70%	23,10 euros	9,90 euros
	Couronne	700 euros	107 euros	70%	74,90 euros	625,10 euros
Optique	Lunettes d'adulte (5)	650 euros	13,20 euros	60%	7,90 euros	642,10 euros
	Lunettes d'enfant (6)	250 euros	42,50 euros	60%	25,50 euros	224,50 euros
Examens	Radio du coude	80 euros	27,50 euros	70%	18,25 euros	61,75 euros
	Analyse de sang	29,70 euros	29,70 euros	60%	16,80 euros	12,90 euros
Hospitalisation	Opération du genou (7)	1800 euros	755 euros	80%	586 euros	1214 euros
	Chambre individuelle	60 euros	0 euro	0%	0 euro	60 euros

(1) Dans le cadre du parcours de soins coordonnés. (2) Déduction faite de la participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte médical (hors soins dentaires) ou consultation et du forfait de 18 euros sur les actes chirurgicaux coûtant plus de 120 euros. (3) Praticien appliquant le tarif conventionnel de la Sécu. (4) Praticien autorisé à dépasser le tarif conventionnel de la Sécu. (5) Verre blanc multifocal ou progressif, avec une forte correction. (6) Verre blanc simple foyer, avec une faible correction. (7) Pose d'une prothèse, frais d'anesthésie inclus.

parfois hors de prix. Vous devez passer désormais par un médecin traitant, faute de quoi vos frais ne seront remboursés qu'à hauteur de 30% au lieu des habituels 70%. Vous pouvez néanmoins continuer de consulter directement certains spécialistes, tels que les gynécologues, ophtalmologistes, stomatologues, dentistes ou pédiatres (le médecin cochera la case «Accès direct spécifique» sur la feuille de soins et vous serez remboursé normalement). Même liberté de choix en cas d'urgence absolue, par exemple si vous êtes en déplacement.



TAUX DE REMBOURSEMENT Un maquis où tout le monde se perd

S'y retrouver dans les formules de remboursement est un casse-tête. C'est déjà difficile avec la Sécu, qui ne prévoit pas moins de quatre niveaux de remboursement pour les médicaments (15, 30, 65 et 100% selon la couleur des vignettes collées sur les boîtes). C'est encore plus compliqué avec les mutuelles. Ainsi, une prise en charge à 100% n'a pas les mêmes effets selon le critère auquel elle se réfère : ticket modérateur (TM) tarif de convention (TC) ou base de remboursement (BR, lire la

définition page 47). De toute façon, le remboursement sera inférieur à la somme réellement payée. Pas très grave si vous avez consulté un généraliste, mais la facture peut être beaucoup plus salée dans le cas de frais dentaires ou d'optique. Méfiez-vous surtout des garanties exprimées en pourcentage, apparemment mirobolantes si on vous propose du 300% ou du 400%. En réalité, 400% d'un tarif conventionné de 20 euros, cela ne fait que 80 euros sur une dépense effective qui peut être dix fois supérieure à ce montant.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL Très indiscret, mais souvent obligatoire

Certaines compagnies exigent de leurs futurs clients qu'ils répondent à un questionnaire médical avant de souscrire un contrat. Détaillé, voire indiscret, ce questionnaire permet de connaître l'état de santé de la personne ainsi que ses antécédents médicaux et son mode de vie : problèmes cardiaques, cholestérol, addiction au tabac ou à l'alcool, séropositivité... Concrètement, il s'agit pour l'assureur d'évaluer le risque qu'il va prendre et de calculer

Suite page 40 ►

De 3 à 12 mois de cotisation avant d'être couvert

► Suite de la page 39

en conséquence les cotisations (ou de vous exclure en cas de gros pépin de santé). Les personnes âgées sont les premières visées ainsi que celles exigeant des garanties importantes dans le cadre d'un contrat haut de gamme. A noter: les assureurs proposant des contrats «responsables», un peu plus contraignants (lire l'encadré ci-contre), n'exigent pas de questionnaire détaillé. Mais ils limitent parfois l'âge d'adhésion à 65 ans.



DÉLAI DE CARENCE Rares sont les assureurs qui n'en imposent pas

La majorité des compagnies exigent que vous ayez cotisé pendant plusieurs mois avant de consentir le premier remboursement. Il s'agit d'un délai de carence, destiné à éviter que les nouveaux assurés attendent le jour de leur adhésion pour se faire soigner aux frais de l'assureur. La durée de ce délai varie selon le type de dépense: trois mois pour les soins courants, de trois à six mois pour l'hospitalisation, l'optique et les frais dentaires, de neuf à douze mois pour la maternité. Cette contrainte risque de vous coûter cher en cas de gros pépin inattendu. Un conseil: si vous souhaitez changer de contrat, demandez - à condition que le nouveau contrat n'exclue pas cette possibilité - la suppression de ce délai. Mais vous n'obtiendrez satisfaction que si vous n'êtes pas resté plus d'un mois sans couverture et si vous souscrivez un contrat offrant des garanties inférieures ou équivalentes au précédent. Pas question, en effet, que l'assureur prenne le risque de vous faire passer d'un niveau entrée de gamme à un niveau haut de gamme sans délai de carence.

BONUS DE FIDÉLITÉ Attention, ils peuvent masquer des tarifs de base élevés

Plus vous êtes fidèle, plus votre compagnie vous dorlote. Les bonus ainsi accordés jouent surtout dans les cas où les remboursements de la Sécu sont dérisoires (les soins dentaires ou l'optique). Exemple: pour vos lunettes, le plafond de garantie peut passer de 300 euros la première année à 500 euros la deuxième et à 600 la troisième. Autre exemple: si vous attendez trois ans avant de rempla-

ATOUTS ET INCONVÉNIENTS DES CONTRATS RESPONSABLES



Passer d'abord par un généraliste et suivre le parcours de soins qu'il définit est impératif pour être bien remboursé.

Avec la réforme de l'assurance-maladie de 2004 a été instauré une nouvelle catégorie de complémentaires: les contrats «responsables». Avantageux fiscalement pour les compagnies, ils représentent aujourd'hui plus de 90% du marché.

Leurs atouts: ils garantissent, a minima, le remboursement du ticket modérateur (le reste à charge) sur les consultations et la pharmacie, le forfait hospitalier (18 euros par jour) et celui lié aux opérations (18 euros) dont le coût

excède 120 euros. Ils prennent aussi en charge deux actes de prévention parmi une liste définie (détartrage des dents, dépistage de l'hépatite B ou des troubles auditifs, vaccins...). En revanche, comme pour la Sécu, les dépenses hors parcours de soins (lire page 39) sont moins bien remboursées, notamment pour les dépassements d'honoraires des spécialistes. A noter: avec un contrat responsable, la cotisation ne peut pas dépendre de l'âge du client ni de son état de santé (le questionnaire médical détaillé est interdit). Reste que les plus de 65 ou 70 ans ne sont pas toujours admis...

PHOTO: GAILLARD/REA

cer votre ancienne paire de lunettes, votre sagesse sera récompensée par une meilleure prise en charge. Certains assureurs proposent aussi de reporter sur l'année suivante le forfait non utilisé ou de décompter une partie des cotisations si vous ne vous êtes rien fait rembourser pendant l'année écoulée. On voit aussi apparaître des bonus «couple», du style 7% de réduction sur la cotisation de votre conjoint, et des bonus «famille»: 10% de réduction pour chaque enfant si vous en assurez trois. Veillez toutefois à ce que ces formules ne masquent pas une tarification de base peu attractive.

ÉVOLUTION DES TARIFS Toute hausse de cotisation individuelle est interdite

Les assureurs fixent leurs tarifs en toute liberté. Lors de la souscription du contrat par un client, c'est le niveau de couverture choisi qui compte: soit basique (prise en charge du seul ticket modéra-

teur), soit élargi au-delà des dépenses courantes (par exemple en cas d'hospitalisation), soit haut de gamme (dépassements d'honoraires, prothèses, lunettes, cures...). Ensuite les tarifs évoluent - toujours à la hausse - en fonction du vieillissement de la population d'assurés (par exemple, une majoration tous les cinq ou six ans) et des contraintes économiques de la compagnie (augmentation subite des sinistres, transfert de charges de la Sécu vers les complémentaires...). A noter que, théoriquement, un assuré ne peut pas être pénalisé du fait de sa surconsommation médicale. Les hausses de cotisation ne doivent donc pas être individuelles, mais générales, sauf, évidemment, si l'assuré change de niveau de couverture. En revanche, si une compagnie estime qu'un assuré lui coûte une fortune, elle a parfaitement le droit ne pas renouveler son contrat l'année suivante. ●

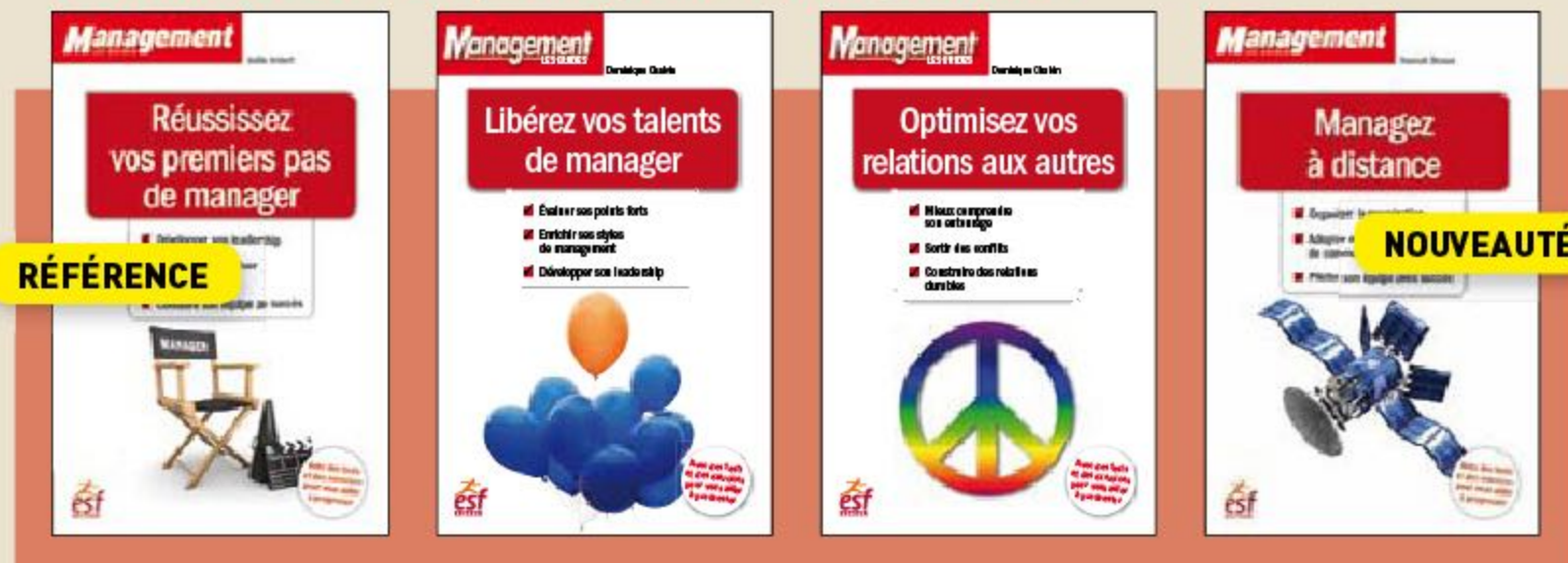


Attention, piège possible.

Management

Les guides incontournables

► Améliorer ses pratiques managériales



- Des **ouvrages de référence**, rédigés par des experts.
- Des **apports méthodologiques** ciblés.
- Des **cas pratiques** concrets.
- Des **outils** pour se perfectionner.

► Acquérir tous les outils du professionnel



► Développer son potentiel



► Aiguiser son efficacité au travail



esf
EDITEUR

Rejoignez-nous sur [facebook](#)



Retrouvez toute la collection au rayon entreprise de votre librairie !
à partir de 13,10 €

GARANTIES À EXAMINER

Priorité aux optique, dentaire et aux dépassements

Tenez-vous-le pour dit : quel que soit le contrat, basique ou haut de gamme, vous ne rentrerez jamais dans vos frais pour les soins les plus coûteux, comme les lunettes et les couronnes. Ne prenez donc pas pour argent comptant les taux de prise en charge des assureurs, exprimés en pourcentages mirobolants (300 ou 400%). Ils ne signifient rien lorsqu'ils sont appliqués, comme c'est souvent le cas, à un barème de remboursement ridiculement faible, parfois moins de 10 euros... A condition d'avoir de gros moyens, deux solutions existent cependant pour vous satisfaire pleinement : les surcomplémentaires, sortes de mutuelles bis, et les contrats d'assistance, véritables nounous qui vont jusqu'à vous proposer d'aller faire vos courses si vous êtes malade.



OPTIQUE Jusqu'à 400 euros de prise en charge pour un bon contrat

La prise en charge par la Sécu d'une paire de lunettes est extrêmement faible, rarement plus de 15 euros. La base de remboursement étant de 2,84 euros pour une monture et de 10,37 euros pour deux verres (vision progressive, avec une

forte correction), soit 13,21 euros au total, vous n'allez donc récupérer que 7,92 euros après l'application du taux de 60%. Or les opticiens travaillent avec des marges assez élevées. Vous devez donc compter entre 500 et 800 euros pour une paire de lunettes correctrice à verres progressifs ou multifocaux. Si vous avez une mauvaise vue, ou si vous portez des lentilles de contact, il vous faut absolument examiner de près les formules proposées par votre complémentaire. Pour un contrat de niveau intermédiaire, certaines plafonnent leur remboursement à 150 euros par acte, et dans le haut de gamme, on culmine parfois à 250 euros. Inacceptable, quand on sait que les meilleurs contrats montent à 400 euros. Bon à savoir : les compagnies travaillant avec des réseaux d'opticiens sont à privilégier (lire page 46), car ils permettent de bénéficier d'un plafond de remboursement plus élevé et, parfois, de ne rien avancer lors de l'achat des lunettes.



SOINS DENTAIRES Récupérer un tiers des frais réels, c'est déjà bien

Ne craignez rien si vos soins dentaires se limitent au traitement d'une carie de temps à autre et à un détartrage

annuel. Ces actes-là sont pris en charge à 70% par la Sécurité sociale et génèrent rarement des dépassements d'honoraires de la part du praticien. Ce n'est pas le cas des prothèses : leurs prix sont fixés librement par les dentistes et dépassent pratiquement toujours les tarifs conventionnés. Pour un appareil sophistiqué qui vous sera facturé 2 500 euros, l'assurance-maladie ne vous versera que 45,15 euros ! Prenons un cas plus fréquent, celui d'une couronne céramo-métallique facturée 750 euros par votre chirurgien-dentiste. La Sécu va vous rembourser 70% du tarif de base réglementaire, lequel est de 107,50 euros. Vous allez donc toucher seulement 75,25 euros. Admettons que votre complémentaire santé vous propose de son côté une prise en charge à hauteur de 300% du tarif de base de la Sécurité sociale. Pas mal du tout, allez-vous dire. L'ennui, c'est que vous n'allez ainsi récupérer (après déduction de ce qui vous a déjà été remboursé par la Sécu) que 247,25 euros. Soit, au total, à peine le tiers de la facture initiale... Pour ne rien arranger, si vous avez des dents fragiles ou malades nécessitant des interventions nombreuses et coûteuses, sachez

MÉDICAMENTS : LA SÉCU REMBOURSE DE MOINS EN MOINS ET PASSE LA MAIN AUX MUTUELLES



TAUX DE
REMBOURSEMENT
15%



TAUX DE
REMBOURSEMENT
30%



TAUX DE
REMBOURSEMENT
65%

La prise en charge de la Sécu, qui baisse au fil des ans, varie selon l'efficacité des médicaments. Les taux de remboursement sont de 100% pour ceux définis comme irremplaçables (diabète, cancer...), de 65% lorsque leur utilité est établie (antidouleur), de 30% pour les produits de confort (relaxant musculaire) et de 15% lorsque le service rendu est analysé comme faible (crème antivirale).



couvertures d'honoraires

que les remboursements des compagnies d'assurances sont généralement plafonnés par an et par bénéficiaire.

HOSPITALISATION Attention au forfait journalier et aux dépenses de confort

Certes, en cas d'hospitalisation, la Sécu rembourse, selon les situations, de 80 à 100% des frais de séjour, de salle d'opération et de transport. Mais elle laisse toujours à votre charge le forfait journalier de 18 euros (13,50 euros dans un service psychiatrique) et les dépenses de confort (chambre individuelle, téléphone, télévision...). La facture peut ainsi dépasser 100 euros par jour, sans compter les honoraires du chirurgien, très lourds lorsqu'ils dépassent le tarif de convention. Dans l'ensemble, les complémentaires remboursent plutôt bien le forfait journalier, les dépenses de confort et même, dans les contrats haut de gamme, les dépassements d'honoraires (lire plus bas). Attention, certains assureurs prévoient une limitation de garantie sur la durée d'hospitalisation, mais pas question d'accepter moins de deux mois, sinon vous risqueriez de devoir payer des sommes astronomiques.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES Bien couverts dans le haut de gamme

De plus en plus de médecins pratiquent des dépassements d'honoraires, surtout dans les grandes villes : 82% chez les gynécologues, 84% chez les ORL... Rapporté au tarif de la Sécu, ce taux de dépassement a même doublé en une dizaine d'années. La différence entre le tarif conventionnel et la note du médecin ne cesse donc de s'alourdir. C'est votre complémentaire santé qui va la prendre en charge, au moins partiellement. Tout dépend de la qualité du contrat que vous avez souscrit. Une garantie de 200% de la base de remboursement de la Sécu signifie que votre plafond d'indemnisation peut atteindre deux fois le tarif conventionnel d'une

Suite page 44 ►

LES MEILLEURES OFFRES DU MARCHÉ POUR QUATRE CLIENTS TYPES

Assureur (contrat)	Tarif mensuel	Plafond de remboursement ⁽¹⁾ de la complémentaire pour...			
		... les soins courants ⁽²⁾	... les frais d'optique ⁽³⁾	... les soins dentaires ⁽⁴⁾	... les frais d'hos- pitalisation ⁽⁵⁾
Etudiant, 23 ans, Angers, sans enfants					
Maélia (La principale)	20 euros	100%	50 euros	100%	100%
Amaguiz (Formule 1122 Eco)	26 euros	100%	100 euros	200%	100%
Maélia (La zen)	32 euros	125%	150 euros	100%	150%
Cardif (Formule 4444)	39 euros	200%	300 euros	200%	200%
Thélém (Equilibre +)	46 euros	150%	150 euros	255 euros	200%
Cardif (Formule 5555)	48 euros	300%	400 euros	300%	300%
Couple salarié, 30 ans, Paris, sans enfants					
Malakoff Médéric (Eco 3)	51 euros	100%	125 euros	100%	100%
Idmacif.fr (Medium)	62 euros	100%	50 euros	200%	100%
La Mutuelle générale (Dyn 6)	81 euros	125%	180 euros	200 euros	150%
AllSecur (Confort)	94 euros	150%	150 euros	150%	175%
Cardif (Formule 5555)	137 euros	300%	400 euros	300%	300%
Réunica (Confort 2/2)	167 euros	300%	300 euros	400%	300%
Couple cadre, 40 ans, Hauts-de-Seine, 2 enfants (10 et 13 ans)					
AllSecur (Eco)	82 euros	100%	75 euros	100%	100%
Amaguiz (Formule 1121 Eco)	108 euros	100%	35 euros	200%	170%
La Mutuelle générale (Tribu 6)	194 euros	150%	180 euros	200 euros	125%
Idmacif (Maximum)	212 euros	150%	200 euros	200 euros	150%
Malakoff Médéric (Energique 2)	302 euros	200%	260 euros	400 euros	300%
Réunica (Confort 1/1)	320 euros	250%	300 euros	400%	250%
Couple retraité, 64 ans, Nantes, sans enfants					
April (Globale 1)	95 euros	100%	20 euros	125 euros	100%
Smam (Equilibre santé 125)	110 euros	100%	100 euros	100%	125%
Unevia (Globale 4)	139 euros	200%	180 euros	275 euros	200%
Malakoff Médéric (Tonique 2)	142 euros	200%	150 euros	200 euros	300%
Unevia (Globale 5)	189 euros	250%	200 euros	375 euros	300%
Malakoff Médéric (Energique 2)	212 euros	200%	260 euros	400 euros	300%
<div>Contrat entrée de gamme</div>	<div>Contrat moyenne gamme</div>	<div>Contrat haut de gamme</div>			

Contrat entrée de gamme Contrat moyenne gamme Contrat haut de gamme

(1) Plafond par acte : exprimé soit en euros, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
 (2) Actes pris en charge pour les soins médicaux courants : consultations des médecins généralistes et des spécialistes, pharmacie, auxiliaires médicaux (infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste...), radiologie, prothèses et appareillages, médecine douce non conventionnée.
 (3) Actes pris en charge pour les frais d'optique : monture, verres, lentilles, chirurgie de l'œil.
 (4) Actes pris en charge pour les soins dentaires : soins de base, prothèses, orthodontie, implants dentaires.
 (5) Actes pris en charge pour les frais d'hospitalisation : frais de séjour (du secteur conventionné), actes et soins dispensés dans l'établissement hospitalier, chambre individuelle, forfait journalier, transport en ambulance, lit d'accompagnement pour les visites au patient.

Source : Mutuelle-Conseil.com

30 maladies prises en charge à 100% par la Sécu

► Suite de la page 43

visite chez un généraliste, soit 46 euros. Mais ce taux de 200% n'est proposé que dans les contrats haut de gamme. Autrement, il faut vous contenter de 150%.

SOINS COURANTS La Sécurité sociale suffit pour les rembourser correctement

Grippes, rhumes, fatigues passagères... Fréquents dans la vie d'une famille, les petits ennuis de santé sont bien remboursés par la Sécu, tant au niveau de la consultation du généraliste (70%) que des médicaments à utilité forte (65%). Est-ce bien la peine alors de les faire garantir par une complémentaire santé, d'autant que cette dernière ne prend pas en charge les participations forfaitaires (1 euro par consultation et 50 centimes par boîte de médicaments)? Tout dépend du montant des dépenses de soins engagées et du tarif fixé par l'assureur pour les couvrir. Diverses études ont montré que, sur une longue durée (cinq ans), le total des dépenses courantes non remboursées équivaut à peu près à celui des cotisations payées. A vous de trancher, par conséquent, en sachant que l'existence d'une assurance, même injustifiée sur le plan financier, peut au moins vous tranquilliser.

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE Vous n'avez pas à régler le ticket modérateur

Aplasie médullaire, mucoviscidose, hypertension artérielle sévère... trente maladies graves nécessitant un traitement prolongé donnent droit à une protection maximale. Les patients sont alors exonérés du ticket modérateur et pris en charge à 100%, exception faite de la participation forfaitaire de 1 euro ainsi que des dépassements d'honoraires, des franchises et des médicaments non remboursables. D'autres affections, dites «hors liste», impliquant des soins coûteux et souvent invalidants pendant plus de six mois (ulcères chroniques, par exemple) sont aussi exonérées de ticket modérateur. Attention: malgré une prise en charge à 100%, le reste à charge du patient peut devenir très élevé sur la durée. D'où l'intérêt d'avoir

DES AVANTAGES FISCAUX POUR LES INDÉPENDANTS

Commerçants, consultants, artisans, architectes, avocats, autoentrepreneurs, gérants de SARL... A l'image des salariés, les travailleurs indépendants ne bénéficient que d'une prise en charge partielle de leurs dépenses de soins par leur régime social (le RSI). Pour être bien remboursés en cas de problème de santé, il leur faut ainsi impérativement souscrire une complémentaire. Bonne nouvelle: en le faisant dans le cadre de la loi Madelin (toutes les mutuelles y sont éligibles), élaborée à leur intention en 1994, ils pourront déduire toutes les cotisations versées de leur revenu annuel, à hauteur de 3,7% de ce revenu, plus 7% du plafond annuel de la Sécurité sociale (37 548 euros en 2014), le tout dans la limite de 9 011 euros. Avantage supplémentaire: les contrats d'assurance santé dévolus aux indépendants offrent des prestations souvent intéressantes en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité, autant de points clés lorsqu'on travaille à son compte.

une complémentaire santé pour au moins couvrir le forfait hospitalier et les dépassements d'honoraires.

ASSISTANCE Pour vous libérer de tout souci en cas d'hospitalisation

Recherche d'un médecin si le vôtre est indisponible, envoi d'une infirmière à votre domicile, acheminement de médicaments, mise à disposition d'une ambulance: autant de services que peuvent vous rendre certains assureurs dans le cadre d'une garantie «assistance». En cas d'hospitalisation subite, votre compagnie se chargera également de prévenir vos proches, éventuellement de faire venir l'un d'eux à votre chevet, d'assurer la garde de vos enfants s'ils ont moins de 16 ans (voire de sortir et de nourrir vos animaux) et même de s'occuper de vos parents ou grand-parents s'ils sont dépendants. Dans ces derniers cas, il s'agit bien entendu d'interventions limitées, le temps que vous vous organisiez. Une fois revenu chez vous, une aide à domicile vous est proposée si vous le souhaitez. Les modalités financières de ce genre de garanties se négocient au cas par cas (quelques dizaines d'euros par mois sont à prévoir).

SURCOMPLÉMENTAIRE Pour ne pas avoir d'argent à sortir de votre poche

Vous n'êtes pas entièrement satisfait de votre mutuelle? Souscrivez une surcomplémentaire. Elle va compléter les remboursements que vous avez déjà perçus mais que vous jugez insuffisants. Elle peut aussi prendre en compte les postes non garantis par le premier assureur: chambre individuelle d'hôpital, actes dentaires hors nomenclature, comme les implants. Attention: les surcomplémentaires imposent souvent des délais de carence importants (entre trois et douze mois) de façon à décourager les personnes dont les frais de santé ne seraient pas une probabilité mais une certitude. Sachez aussi que, la Sécu ne pouvant communiquer qu'avec un seul assureur, ce sera à vous de transmettre à votre surcomplémentaire le détail des dépenses restant à rembourser. •



Abonnez-vous en ligne sur
www.prismashop.capital.fr



NOUVEAU

Disponible en version numérique !



Abonnez-vous
sur votre smartphone !

- 1 Téléchargez votre application de lecture Flashcode
- 2 Scannez le code ci-contre
- 3 Choisissez votre offre et validez votre abonnement !



RÉSEAUX DE SOINS Factures allégées et remboursements majorés pour l'assuré

Tarifs meilleur marché, remboursements plus importants, garanties plus élevées... Nombreux sont les atouts des réseaux de soins, ces systèmes de partenariat qui engagent assureurs et professionnels de la santé à alléger vos factures. Pour l'heure, ils existent surtout dans les secteurs qui pèsent le plus lourd sur votre budget, comme l'optique et le soin dentaire. Conséquence, paires de lunettes et couronnes peuvent vous coûter jusqu'à 40% de moins tout en étant - autre avantage - mieux prises en charge par votre assureur. Pas étonnant si 27 millions d'assurés s'adressent aujourd'hui à l'un de ces réseaux.

OBJECTIF Responsabiliser l'ensemble des acteurs du marché de la santé

Pour devenir membre de ces réseaux, opticiens et dentistes (parfois audioprothésistes) ont noué avec les assureurs des relations de partenariat, qui les engagent non seulement à proposer le tiers payant (vous ne réglez que la partie non

prise en charge par la Sécu), mais aussi à pratiquer des tarifs qualifiés de «raisonnables». A noter que les opticiens doivent aussi offrir un large choix de montures bon marché et proposer des services gratuits (réparation de monture, changement de verres...). En contrepartie, les assureurs dirigent en priorité leurs clients vers tous les professionnels qui acceptent de jouer le jeu.



TARIFS Jusqu'à 40% en moins pour des verres de lunettes

Du fait de leur ancienneté, les réseaux d'opticiens sont particulièrement bien organisés pour offrir des prix compétitifs, notamment sur les verres de lunettes : de 25 à 40% de réduction. Certes, il y a eu quelques ratés au début (matériel vendu non conforme aux prescriptions de l'oculiste), mais les procédures de vérification lancées par les assureurs ont vite remis les pendules à l'heure. Et après les opticiens, les dentistes commencent à découvrir les mérites du système. En revanche, dans

l'audioprothèse, il y a encore beaucoup à faire : ces spécialistes, accrochés à des marges parfois délirantes, acceptent encore rarement de tenter l'expérience.

REMBOURSEMENT Le top au prix d'un contrat milieu de gamme

Passer par un réseau permet d'être mieux remboursé par l'assureur. Vous pouvez ainsi profiter de prestations haut de gamme en optique, dentaire et même, parfois, en audioprothèse à un prix équivalent à celui offert par un contrat milieu de gamme : augmentation de 50 euros sur les remboursements de couronnes, garantie de dix ans sur les prothèses... Exemple significatif, cette couronne céramo-métallique, remboursée 407,50 euros si elle est posée par un dentiste partenaire, contre seulement 188 euros si un praticien hors réseau s'en est chargé. Bon à savoir : longtemps, les compagnies mutualistes n'ont pas été autorisées à pratiquer ces différences de remboursement. Ce n'est plus le cas depuis janvier dernier. ●

ZOOM SUR LES HUIT PLUS IMPORTANTS RÉSEAUX DE SOINS ET LEURS PARTENAIRES SANTÉ

Réseau	Nombre de clients potentiels	Principaux assureurs et mutuelles partenaires	Nombre de professionnels de la santé affiliés		
			Opticiens	Dentistes	Audioprothésistes
Kalivia	6,5 millions	Harmonie Mutuelle, Malakoff Médéric	4 300	0	1 000
Santéclair	6,3 millions	Allianz, GMF, Gras Savoye, Maaf, MGC, MMA, MNT	2 000	2 800	450
Sévéane	6 millions	GAN, Groupama, Pro BTP	1 800	4 500	200
Carrés bleus	5 millions	Matmut	6 000	0	0
Carte blanche	4,5 millions	Aviva, Generali, GMC, Henner, Solly Azar, Swiss Life	10 000	5 000	1 300
Itélis	4 millions	Axa, Axeria, Mutuelle Mieux-Etre	1 800	3 300	600
MGEN	3,5 millions	Maif, MGEN, Mutualité fonction publique	2 000	26 000	0
Actil	1,5 million	Alptis, Apicil, GRM, Intégrance, MMC, Vauban Humanis	11 000	2 200	300

Mieux vaut ne pas être atteint de surdité pour profiter des prix allégés des réseaux : même les plus gros d'entre eux, comme Kalivia ou Santéclair, peinent à recruter des audioprothésistes. Il est vrai qu'on leur demande de baisser leurs tarifs de 25 à 40%. Pas de problème, en revanche, pour dénicher un dentiste ou un opticien à bas coût près de chez soi : ils se comptent par milliers chez la plupart des grands assureurs.



LEXIQUE

Affection de longue durée (ALD) Maladie qui nécessite des soins prolongés et peut ouvrir droit à une prise en charge à 100% de la Sécu, qui ne concerne cependant pas les dépassements d'honoraires du médecin ni le forfait hospitalier (lire plus bas). Sans l'aide d'une mutuelle, la facture peut ainsi vite s'envoler.

Base de remboursement (BR) Part des dépenses prise en charge par la Sécurité sociale, établie pour chaque type d'acte. On parle ainsi de «tarif de convention» pour les actes d'un médecin signataire d'une convention avec la Sécu, de «tarif d'autorité» pour un médecin non conventionné (la base de remboursement est ici proche de 1 euro) et de «tarif de responsabilité» pour les médicaments et appareillages médicaux.

Dépassement d'honoraires Fraction de la facture de soins située au-delà de la base de remboursement de la Sécu, et que celle-ci ne prend pas en charge. Mais votre complémentaire peut rembourser tout ou partie des dépassements, selon le niveau de garanties choisi.

Forfait Une somme de 18 euros, non remboursée par la Sécurité sociale, est due pour tout séjour en hôpital de plus de vingt-quatre heures. Un forfait de 18 euros est également à la charge de l'assuré pour tout acte de chirurgie excédant 120 euros. Enfin,

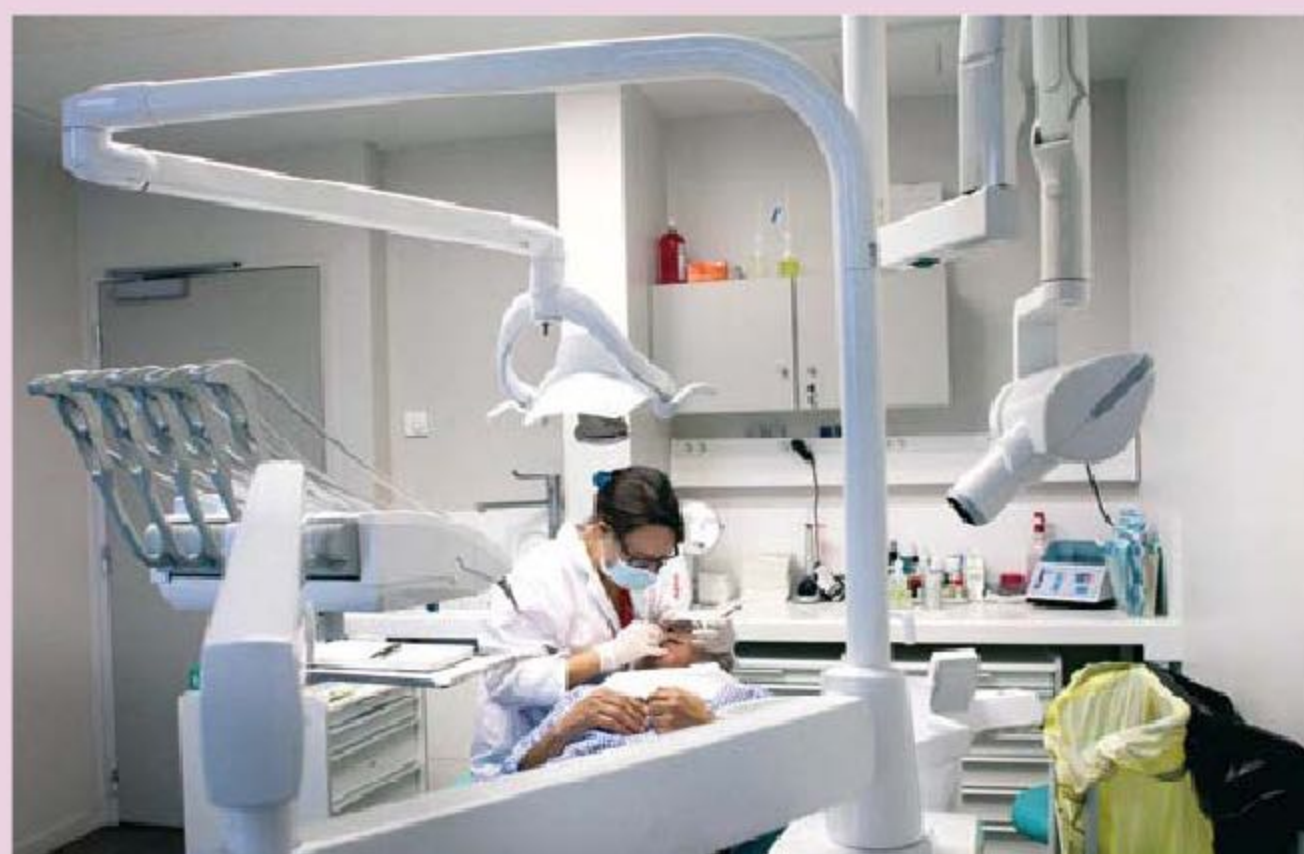


PHOTO : NASCIMENTO/RÉA

Les consultations chez le dentiste sont exemptées de la participation forfaitaire de 1 euro due par le patient et non remboursée par la Sécurité sociale.

pour les consultations de médecins (sauf les dentistes), le patient devra verser 1 euro forfaitaire, dans la limite de 50 euros par an.

Reste à charge Part des dépenses de santé qui reste de la poche de l'assuré social après le remboursement de la Sécu. Pour une consultation chez un médecin, le reste à charge désigne le ticket modérateur (différence entre le tarif de convention et le remboursement effectif), la participation forfaitaire de 1 euro et les éventuels dépassements d'honoraires du praticien.

Secteur Il existe trois catégories de médecins. Ceux du secteur 1 (75% des praticiens) appliquent le tarif de convention de la Sécu. Ceux du secteur 2 (25% des praticiens) appliquent

des honoraires libres, mais, selon les exigences de la caisse d'assurance-maladie, doivent le faire avec «tact et mesure». Enfin, les médecins du secteur 3 (on en compte environ 500), hors de toute convention, fixent leurs tarifs comme bon leur semble.

Taux de remboursement Appliqué sur la base de remboursement de la Sécu, ce taux détermine le montant exact reversé à l'assuré. Le taux de remboursement varie selon le produit ou la prestation servis. Par exemple, il s'échelonne entre 15 et 100% pour les médicaments selon la couleur de la vignette de la boîte, s'établit à 60% pour les appareillages et à 70% pour les consultations et actes médicaux. A noter : ces taux baissent en cas de non-respect des règles du parcours de soins coordonnés.

ASSURANCE ACCIDENTS DE LA VIE

Contrairement à ce que l'on croit souvent, la complémentaire santé ne suffit pas à couvrir les dépenses médicales consécutives à un accident domestique, du genre chute dans les escaliers ou électrocution dans son garage. Elle ne fait que rembourser celles non prises en charge par la Sécurité sociale. Pas les conséquences durables sur la vie de l'assuré et de sa famille, par exemple une douleur chronique au dos ou une paralysie totale de la jambe. C'est alors à la GAV (garantie accidents de la vie)

d'intervenir. Son niveau d'indemnisation est déterminé par le taux d'incapacité résultant de l'accident. Autre type de protection traitée dans ce chapitre : l'assurance décès. Une précaution utile, voire indispensable si vous pensez que votre disparition risque de poser de gros problèmes financiers à vos proches. Un capital convenu à l'avance leur sera alors versé le moment venu. •

SOMMAIRE

P. 50 Accidents du quotidien

P. 53 Garantie décès

**4
millions**

DE VICTIMES D'ACCIDENTS
DOMESTIQUES PASSENT
CHAQUE ANNÉE PAR LE
SERVICE DES URGENCES

**1 million
d'euros**

PLAFOND HABITUEL
D'INDEMNISATION DES
ASSURANCES
ACCIDENTS DE LA VIE

**65
ans**

ÂGE LIMITE FIXÉ PAR
BEAUCOUP D'ASSUREURS
POUR SOUSCRIRE
UNE GARANTIE DÉCÈS



PHOTO : FOTOLIA

ACCIDENTS DU QUOTIDIEN En cas de

Chaque année, on compte en France plus de 10 millions d'accidents domestiques, autrement dit de blessures subies par sa seule faute, chez soi, chez des amis, dans la rue, les bois ou dans tout lieu ouvert au public. Heureusement, la plupart de ces accidents de la vie sont bénins (chute de vélo, brûlure dans sa cuisine ou coupure dans son jardin...) et se guérissent d'eux-mêmes, mais 4 millions d'entre eux nécessitent une hospitalisation d'urgence. Les frais médicaux dispensés par l'établissement d'accueil sont en général bien pris en charge par la Sécurité sociale et votre éventuelle mutuelle santé, mais s'il y a des séquelles à ces blessures, qui va payer la note ? Vous, car vous êtes le seul responsable. Et la facture risque d'être très lourde en cas de handicap durable, comme par exemple une douleur chronique au dos, la paralysie définitive d'une jambe ou d'un bras, ou même un préjudice esthétique au visage. N'hésitez donc pas à vous assurer contre ce risque, d'autant que les cotisations à payer sont raisonnables. Divers degrés d'indemnisation sont possibles. A vous de choisir celle qui convient le mieux à votre situation personnelle et à votre porte-monnaie, mais, compte tenu de l'importance de l'enjeu, surtout si vous avez des

enfants en bas âge, privilégiez les contrats les plus protecteurs, notamment au niveau du seuil de déclenchement de la prise en charge par l'assureur. En cas de gros pépin, vous ne le regretterez pas.

FORMULES Solo, duo ou famille entière, elles s'adaptent à toutes les situations

Nombre de personnes couvertes, plafond d'indemnisation, taux d'intervention... Trois éléments essentiels caractérisent un contrat d'assurance accidents de la vie. Tout d'abord, le nombre de personnes assurées par le contrat. Selon que vous êtes seul, que vous vivez en couple ou que vous avez des enfants, on vous proposera une formule solo, duo ou famille. Comptez autour de 10 euros par mois pour une personne seule et de 20 euros pour plusieurs. L'âge entre également en considération : pas question, sauf exception, d'assurer un enfant après qu'il a atteint 26 ans, ni d'admettre un septuagénaire. Deuxième élément, le plafond d'indemnisation. La plupart des assureurs le fixent à 1 million d'euros par victime, d'autres offrent le double, d'autres encore ajoutent à ce plafond 50 000 ou 100 000 euros par année d'adhésion au contrat. Troisième élément important : le seuil d'intervention de l'assureur. Il est généralement déclenché à partir d'un accident entraî-

nant un taux d'IPP (incapacité permanente partielle) de 10%, mais il peut varier de 1% pour un enfant à 30% pour un adulte célibataire (lire l'encadré ci-contre pour connaître les correspondances entre les séquelles observées et le taux d'IPP usuellement attribué).



GARANTIE EN CAS DE BLESSURES De l'accident à l'erreur médicale

Toute compagnie labellisée GAV (garantie des accidents de la vie), ce qui est le cas de plus en plus d'assureurs, couvre les événements « soudains et imprévus, individuels ou collectifs, survenant hors de l'activité professionnelle et dus à des causes extérieures ». Les exemples d'accidents ne manquent pas (chute, brûlure, coupure, intoxication, électrocution...), et peu importe qu'ils arrivent chez vous ou dans la rue, à l'école ou sur un terrain de jeux, en ville ou à la campagne. Sans doute les premiers frais médicaux seront-ils en partie remboursés par la Sécu et, si vous en avez une, par la complémentaire santé, mais ensuite, en cas de séquelles physiques, vous n'aurez plus droit à rien. Ces contrats couvrent aussi les conséquences fâcheuses d'actes médicaux, entraînées notamment par des erreurs de diagnostic, ou encore les infections nosocomiales. Certes, c'est alors au tiers

ZOOM SUR QUATRE ÉTABLISSEMENTS PROPOSANT UNE GARANTIE ACCIDENTS DE LA VIE

Etablissement distributeur	Tarif annuel pour un taux d'incapacité de 5% (de 30%) ⁽¹⁾			Indemnisation maximale	Couverture des sports à risque ⁽²⁾	Age limite de souscription
	Célibataire ⁽³⁾	Famille ⁽⁴⁾	Retraités ⁽⁵⁾			
Groupama	140 euros (94 euros)	269 euros (170 euros)	244 euros (152 euros)	2 millions d'euros	Non	70 ans
Caisse d'épargne	144 euros (108 euros) ⁽⁶⁾	288 euros (216 euros)	288 euros (216 euros)	1 million d'euros	Oui	65 ans
Axa	120 euros (72 euros)	240 euros (144 euros)	312 euros (192 euros)	1 million d'euros	Oui	77 ans
Generali	133 euros (109 euros)	241 euros (193 euros)	241 euros (193 euros)	1 million d'euros	Oui	75 ans

⁽¹⁾ Exemple de taux d'incapacité de 5% : perte de l'usage d'un doigt. Exemple de taux d'incapacité de 30% : perte d'usage d'une main. ⁽²⁾ Comme le VTT, le parapente, le canyoning, l'escalade, la plongée... Cette couverture peut, selon les cas, générer une surprime de cotisations. ⁽³⁾ Célibataire de 30 ans, sans enfant, ⁽⁴⁾ Couple de 40 ans avec 2 enfants à assurer. ⁽⁵⁾ Couple de 66 ans, retraité, sans enfant. ⁽⁶⁾ Pour un taux d'incapacité de 10% (exemple : perte de vision d'un œil), le taux de 30% n'étant pas proposé sur ce contrat.



séquelles, tous les soins sont pris en charge

responsable (par exemple l'hôpital) de vous indemniser, mais votre compagnie va néanmoins intervenir dans l'immédiat, sans attendre le résultat d'une enquête toujours longue.

GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS Le préjudice économique et moral est pris en compte

Si la victime décède suite à de graves blessures, ce sont ses ayants-droits (parents, conjoint, enfants) qui vont être couverts en dédommagement du préjudice économique et moral ainsi subi, déduction faite toutefois de l'éventuelle pension de réversion au bénéfice du conjoint. Pour les enfants, ce préjudice dépend en partie de leur âge et de celui des parents. Bon à savoir : le «pretium doloris» (le prix des souffrances endurées suite à la perte d'un proche) est généralement situé dans une fourchette 20 000-25 000 euros pour le conjoint disparu, 17 000-25 000 euros pour un enfant mineur, 11 000-15 000 euros pour un enfant majeur et 15 000-22 000 euros pour un parent. A noter aussi que les frais d'obsèques (souvent compris entre 2 500 et 4 500 euros) sont remboursés sur facture. Sachez toutefois que si le décès de la victime survient après un accident ayant entraîné une incapacité déjà couverte à ce titre, les assureurs vont déduire de l'indemnisation des ayants-droit les sommes déjà versées. Autre restriction : le cumul des indemnités payées à la victime avant son décès, puis aux ayants-droit après le décès ne peut dépasser le plafond d'indemnisation prévu dans le contrat, à savoir 1 million d'euros dans la plupart des cas (et jusqu'à 2 millions).



NIVEAU DE PRISE EN CHARGE Selon le taux d'incapacité observé

Avec un contrat de base, votre assureur n'intervient que si le taux d'incapacité dû à l'accident est au moins égal à 30%, dommage important puisqu'il correspond à la perte d'une main... Dans la plupart des cas, heureusement, le seuil de déclenchement est davantage protecteur, entre 5 et 10% («seulement» la perte d'un doigt). Le taux d'incapacité n'est pas le seul critère en cause pour fixer le montant de l'indemnisation.

BARÈME DES TAUX D'UNE INVALIDITÉ PARTIELLE



Taux d'invalidité	Séquelles types correspondantes
De 1 à 4%	Vertige, instabilité, gêne respiratoire, extension incomplète du coude*
De 5 à 9%	Flexion du genou limitée à 110°, perte d'un doigt*, brûlure sur 10% du corps.
De 10 à 29%	Perte de vision d'un œil, perte d'audition d'une oreille, perte d'un pouce.
De 30 à 59%	Paralysie du nerf sciatique, perte de la main*, perte de toutes les dents.
60% et plus	Perte complète d'audition, perte totale de préhension, tétraplégie haute totale.

* Valable pour un membre dominant (exemple : main droite pour un droitier)

Avec une garantie accidents de la vie, vous ne percevrez aucune indemnité de l'assureur en cas de blessure légère (jambe ou bras cassé, entorse au poignet...). Il faut forcément qu'il y ait une séquelle de l'accident subi, c'est-à-dire un handicap physique durable. Le degré de ce handicap, autrement dit l'incapacité permanente partielle (IPP), est mesuré par un médecin-expert, sur une échelle allant de 0 à 100%. Cette évaluation n'est réalisée qu'une fois l'ensemble des soins achevés et la santé du blessé consolidée (le handicap n'évoluera plus).

C'est l'importance des séquelles physiques ou psychologiques qui est déterminante. Elle est appréciée par un médecin-expert, éventuellement par un contre-expert si vous le souhaitez. Perdre un doigt est ainsi plus grave pour un maçon ou un électricien que pour un enseignant. Peuvent également être pris en compte la réparation des souffrances subies (le «pretium doloris»), le préjudice esthétique et le déficit d'agrément, c'est-à-dire l'impossibilité pour la victime de se livrer à ses activités ou loisirs favoris (tennis, jogging, musique...).

PRÉJUDICES EXCLUS Tous les dommages dus aux sports dangereux ou rémunérés

Les accidents de la route sont presque systématiquement exclus de ce type d'assurance car ils sont déjà indemnisés par des régimes spécifiques (lire page 30). Quelques assureurs acceptent toutefois de les prendre en charge, mais à condition de souscrire une option payante. Les dommages corporels dus à la pratique d'un sport dangereux ne sont pas indemnisés non plus. Encore faut-il savoir ce que l'assureur entend par sport dangereux. Certes, il ne peut y avoir d'ambiguïté pour la spéléologie, la course automobile ou la plongée sous-marine, mais quid du judo ou de la voile ? Là encore, certaines compagnies font des exceptions et proposent des options payantes. Naturellement, les sports pratiqués à titre professionnel et rémunérés ne sont jamais couverts. Troisième grande catégorie d'accidents non pris en charge : ceux survenus dans le cadre de l'activité professionnelle, y compris pendant les trajets domicile-travail. Renseignez-vous toutefois auprès de votre assureur sur les éventuelles exceptions admises.

PRESTATIONS ANNEXES De l'infirmière à domicile au rapatriement sanitaire

Vous-même ou l'un de vos proches venez d'être victime d'un accident de la vie ? Sachez que les contrats proposent des garanties d'assistance de toutes sortes. Etudiez-les attentivement dès la souscription car, le moment venu, elles

Suite page 52 ►



Certains contrats prévoient l'aide d'un psychologue

► Suite de la page 51

peuvent être d'une grande utilité. La plus courante est l'aide à domicile en cas d'immobilisation : infirmière, auxiliaire ménagère, garde d'enfants ou de parents dépendants, soutien scolaire, livraison de médicaments... En cas d'accident survenu loin de chez vous, vous pouvez bénéficier aussi de la prise en charge de frais médicaux ou d'un rapatriement sanitaire (voire du rapatriement du corps s'il y a décès). Enfin, lors d'un retour à la vie active s'avérant difficile, certains contrats prévoient l'intervention d'un psychologue. Autres prestations parfois proposées : une aide à la reconversion professionnelle, un diagnostic d'aménagement du domicile par un ergothérapeute, la recherche d'une maison de repos ou de convalescence.



TYPE D'INDEMNISATION Préférez un contrat dit "indemnitaire"

Chaque contrat d'assurance a ses propres règles d'indemnisation, plus ou moins strictes ou généreuses, mais, à moins de choisir une option haut de gamme, et même parfois dans ce cas, vous risquez de ne pas être couvert à hauteur des dommages réellement subis. D'où l'intérêt de choisir un contrat dit « indemnitaire ». Presque toutes les compagnies en proposent. Vous serez alors traité selon les règles du droit commun, c'est-à-dire comme si un tribunal calculait les indemnités que vous devrait un tiers responsable de l'accident dont vous êtes la victime. Du coup, vous obtiendrez une somme « sur mesure », dépendant de votre situation personnelle et professionnelle. Exemple : a priori jugé minime, faute de séquelles prévisibles établies selon les critères d'un contrat bas de gamme, un dommage peut tout à fait être considéré comme important, donc susceptible d'être convenablement couvert, dans le cadre d'un contrat indemnitaire.



ÉTAPES À FRANCHIR Comptez cinq mois avant d'être fixé sur votre sort

Trois étapes clés vont se succéder entre la déclaration de l'accident que vous avez subi et son indemnisation financière. Immédiatement après l'acci-

dent, d'abord, l'assureur va proposer diverses mesures d'assistance destinées à faciliter la vie de la victime et de son entourage dans ces moments difficiles (lire plus haut). Ensuite, une fois consolidé l'état de santé de l'assuré, c'est-à-dire quand aucune évolution ne semble plus possible, un taux d'invalidité est évalué par un médecin-expert. Si ce taux est supérieur au seuil d'intervention prévu par le contrat, une proposition d'indemnisation est faite au plus tard dans les cinq mois. Dernière étape : si cette offre est repoussée, s'ouvre alors une procédure de conciliation ou contentieuse, au cours de laquelle la victime peut se faire assister par un médecin de son choix. A noter qu'en cas d'accord, et dans l'attente du règlement définitif, l'assuré peut bénéficier s'il le demande d'avances sur indemnisation.

DOUBLE EMPLOI Aucune autre assurance n'offre la même protection

Question souvent posée : la complémentaire santé ne couvre-t-elle pas déjà toutes les conséquences médicales dues à un accident domestique ? La

réponse est non, car les zones de couverture ne sont pas du tout les mêmes. Certes, la complémentaire santé rembourse les soins et les pertes de salaire non prises en charge par la Sécurité sociale mais, il faut le savoir, elle n'indemnise jamais les conséquences durables d'un accident sur la vie de l'assuré et de sa famille. Or ce sont précisément ces conséquences et leur coût qui justifient la souscription d'une assurance accidents de la vie. Autre question : l'assurance accidents de la vie ne fait-elle pas double emploi avec les « individuelles accidents » proposées ou intégrées d'office par les compagnies dans certains de leurs contrats ? Encore non ! Elles sont seulement complémentaires. En effet, les individuelles accidents ne couvrent qu'une seule personne nommément désignée, exerçant une activité précise (et d'ordre privé) dans un cadre déterminé, par exemple un enfant dans son établissement scolaire ou un adulte au volant de sa voiture. De plus, les indemnités forfaitaires prévues par ces contrats sont souvent limitées à des dommages strictement définis. ●

UN LABEL GARANTISSANT UNE COUVERTURE MINIMALE

Lancée en 2000, l'assurance accidents de la vie a vite eu du succès : près de 4 millions de contrats (8 millions d'assurés) ont été souscrits depuis. Mais ils n'étaient pas tous à la hauteur. Pour remettre de l'ordre, le label GAV (pour garantie des accidents de la vie) initialement créé a été redéfini en 2013. Il définit un socle minimal de prestations. Et notamment, une limite d'âge à l'adhésion d'au moins 65 ans, un plafond de garanties d'au moins

1 million d'euros, une indemnisation fixée par référence au droit commun (contrat « indemnitaire », lire ci-contre) et un seuil d'intervention à partir de 30% d'invalidité.

A noter : le label n'est qu'un socle qui peut être complété par l'assureur. C'est souvent le cas pour le seuil d'intervention : en pratique, il débute à 5%, voire à 1%.



Le label GAV impose un plafond de garanties de 1 million d'euros.

PHOTO : FOTOLIA



GARANTIE DÉCÈS Pour mettre sa famille à l'abri du besoin en cas de disparition subite

C'est une évidence qu'il est bon de rappeler : à moins de disposer d'un patrimoine très important, votre disparition accidentelle risque de poser de gros problèmes financiers à votre famille. Souscrire une assurance décès, chose à laquelle on ne pense pas naturellement, peut donc s'avérer extrêmement utile, voire indispensable en présence d'enfants en bas âge. Le principe est simple : contre le paiement d'une cotisation mensuelle ou annuelle, votre assureur s'engage, en cas de malheur (décès et parfois invalidité absolue), à verser aux bénéficiaires que vous avez désignés la somme convenue à l'avance. Attention : modestes au départ (moins de 10 euros par mois avant 30 ans, pour un capital garanti de 80 000 euros), ces primes vont augmenter chaque année en fonction de votre âge. Elles peuvent ainsi devenir très conséquentes pour un sexagénaire. Sachez également que, lors de la souscription, vous devrez le plus souvent remplir un questionnaire de santé détaillé, voire passer un examen médical en cas d'antécédents fâcheux. Et tant pis pour vous si vous êtes fumeur, votre cotisation sera majorée. Sachez aussi que certains types de décès

sont exclus de toute garantie, notamment s'ils sont intentionnels ou occasionnés par la pratique d'un sport à risques ou d'une activité dangereuse. Étudiez-en la liste sur votre contrat car tous les assureurs n'ont pas la même.

CONDITIONS D'ADHÉSION Elles sont très strictes pour un assuré à risque

Afin d'évaluer le risque financier qu'elle prend en vous assurant, toute compagnie cherche à savoir dans quel état de santé vous vous trouvez au moment de la souscription du contrat. Si vous êtes jeune et en forme, vous n'aurez vraisemblablement qu'à signer une attestation de bonne santé, surtout si le montant des garanties que vous demandez est faible. Par contre, si vous exigez des garanties élevées alors que vous êtes de santé fragile et avez plus de 45 ans, c'est un questionnaire médical détaillé qui vous sera remis. Vous devrez le remplir honnêtement car, en cas de dissimulation, l'assureur peut refuser de verser le capital prévu. Si l'assureur vous considère comme un sujet à risque, il vous fera vraisemblablement passer des examens dans un centre agréé : prise de sang, électrocardiogramme, radio des

poumons, test d'effort... Certes, vous pouvez toujours refuser de passer ces examens, mais, de son côté, la compagnie pourra refuser de vous assurer... A noter que de nouvelles réglementations actuellement à l'étude pourraient contraindre les assureurs à être moins intrusifs dans leur questionnaire.



TARIFS Entre 30 et 60 ans, ils sont couramment multipliés par cinq

Les primes à payer, chaque mois ou chaque année, sont proportionnelles aux capitaux garantis et augmentent avec l'âge. C'est avec ce dernier critère que le bât blesse. En effet, tant que vous êtes jeune, ces primes sont modestes, puis l'addition s'envole littéralement. Pour un capital garanti de 80 000 euros, comptez ainsi une dizaine d'euros par mois à 30 ans, puis une vingtaine d'euros à 40 ans et autour d'une centaine d'euros à 60 ans. A partir d'un certain âge (70, 75 ou 80 ans, selon les compagnies), vous n'aurez toutefois plus rien à payer : vous serez radié du contrat de la compagnie et, puisque vous serez toujours en vie, devrez, selon la logique du système, lui abandonner l'ensemble de

Suite page 54 ►

LES TARIFS DE QUATRE CONTRATS DÉCÈS POUR 80 000 EUROS DE CAPITAL GARANTI (1)

Assureur	Cotisation mensuelle pour un souscripteur âgé de...					Cas de versement du capital	Age limite de souscription	Age limite de garantie (2)	
	40 ans	45 ans	50 ans	55 ans	59 ans			Décès	Invalidité
Axa	19 euros	30 euros	44 euros	61 euros	84 euros	Décès	65 ans	75 ans	Sans objet
Aviva	23 euros	36 euros	57 euros	84 euros	113 euros	Décès et invalidité (3)	54 ans	65 ans	60 ans
Malakoff Médéric	15 euros	23 euros	32 euros	51 euros	78 euros	Décès et invalidité (3) (4)	65 ans	75 ans	75 ans
MMA	16 euros	28 euros	42 euros	66 euros	90 euros	Décès et invalidité (3) (5)	64 ans	70 ans	70 ans

(1) Tarifs valables pour un homme ou une femme non-fumeurs (fumer augmente le coût mensuel de la cotisation de 5 à 20 euros, selon l'âge). (2) Age du souscripteur à partir duquel, en cas de décès ou d'invalidité, plus aucun capital ne sera versé aux bénéficiaires du contrat. (3) Seulement pour les cas d'invalidité absolue et définitive (état de dépendance totale ne permettant plus d'assurer les gestes de la vie courante). (4) Possibilité, en cas de décès du souscripteur, de verser une rente au conjoint survivant et/ou une rente éducation aux enfants, à la place d'un capital. (5) Doublement du capital garanti en cas de décès du souscripteur faisant suite à un accident.

Au moins 25% de surprime pour les fumeurs

► Suite de la page 53

vos versements sans aucune contrepartie. A signaler : depuis le 21 décembre 2012, suite à un arrêt de la Cour de justice européenne, les assureurs ne peuvent plus faire de différence tarifaire entre les hommes et les femmes. Ayant une espérance de vie plus longue, ces dernières payaient jusqu'à lors des cotisations moins élevées de 10 à 15%. Cet avantage (qui perdure pour les contrats décès signés avant le 21 décembre 2012) a donc aujourd'hui disparu. La discrimination par rapport au tabac est à l'inverse toujours d'actualité : les fumeurs, quel que soit leur sexe, se voient imposer une surprime d'au moins 25%. Reste que, confrontés à une concurrence de plus en plus vive, les assureurs multiplient les nouveaux types de formules pour améliorer leurs offres : réductions de prime pour récompenser la fidélité d'un assuré totalisant dix ans d'ancienneté, doublement du capital en cas de décès suite à un accident, possibilité d'une adhésion tardive (après 62 ans, voire après 64 ans) couplée à un important plafond de capital garanti.



EXCLUSIONS Malheur à ceux qui conduisent ivres ou sans permis

Usage intensif de drogue, guerre civile, participation active à des émeutes... Certaines circonstances très particulières sont exclues des contrats d'assurance décès. Leur nombre peut toutefois varier d'une compagnie à l'autre. Figurent couramment les activités sportives à risque élevé, qu'elles soient exercées dans l'air (vol acrobatique, parapente...), en mer (plongée sous-marine avec bouteille, motonautisme...) ou sous terre (spéléologie). Sont aussi visés les faits intentionnellement provoqués par l'assuré et la conduite d'une voiture sans permis ou en état d'ivresse manifeste. Cas spécial, celui du suicide. Là, tout est affaire d'appréciation car, pour certaines disparitions, la distinction entre acte involontaire et acte intentionnel n'est pas toujours facile à cerner. Seule certitude : le suicide, lorsqu'il est établi, est exclu au cours de la première année (parfois des deux premières années) qui suit la souscription de la garantie ou d'un éventuel avenant

LES COUVERTURES DÉCÈS DE L'EMPLOYEUR ET DE LA SÉCU



9 387 €
PLAFOND DU
CAPITAL DÉCÈS
DE LA SÉCU

De manière automatique, tous les salariés bénéficient du versement de prestations en cas de décès, en provenance de leur régime social, mais aussi de leur employeur pour les salariés du privé. Pour ces derniers, le capital décès versé à la famille par la Sécurité sociale est égal au montant des trois derniers salaires mensuels bruts, dans la limite de 9 387 euros pour 2014 (25% du plafond annuel de la Sécu). Le capital décès de l'employeur varie, lui,

entre une et quatre fois le salaire mensuel brut si un contrat de prévoyance a été signé (seulement obligatoire pour les cadres) et s'élève sinon à 112 644 euros (trois fois le plafond annuel de la Sécu). De leur côté, les fonctionnaires ont droit au capital décès de la fonction publique. Il est égal à une année de salaire brut (majoré des primes) si le décès a eu lieu avant l'âge de la retraite, et à trois fois le montant du dernier salaire mensuel brut dans le cas contraire.

prévoyant l'augmentation du capital souscrit. C'est une forme de délai de carence figurant dans tous les contrats.

CONTRAT TEMPORAIRE DÉCÈS De loin le plus répandu, mais à fonds perdus

Vous avez le choix entre deux grandes catégories d'assurance décès. La plus usitée (plus de 85% du marché), celle dont nous parlons ici, est la «temporaire décès» : le souscripteur paie une prime annuelle ou mensuelle et, si son décès se produit pendant la période couverte l'assureur verse à la famille ou aux proches une somme égale au capital garanti. Si l'assuré cesse de cotiser ou s'il atteint la limite d'âge de la garantie (lire le tableau page 53), l'assureur est alors libéré de ses engagements et conserve les cotisations versées. C'est pourquoi la temporaire décès est qualifiée de contrat à fonds perdus. Cet inconvénient n'existe pas avec une assurance décès «vie entière», laquelle fonctionne un peu comme un contrat d'assurance vie. Elle prévoit que les cotisations (et les intérêts accumulés) soient versées au

bénéficiaire du contrat, quelle que soit la date du décès. Autre particularité intéressante : les sommes d'argent figurant sur les contrats «vie entière» sont récupérables à tout moment (en totalité ou en partie) par le souscripteur.



FISCALITÉ Ni impôts ni droit à payer pour le bénéficiaire du contrat

Les capitaux décès échappent totalement à l'impôt sur le revenu et aux droits de succession. Seul bémol : les primes payées par l'assuré dans l'année de son décès sont considérées par le fisc comme de l'épargne. Elles seront taxées à 20% si le souscripteur du contrat est décédé avant ses 70 ans et si le bénéficiaire du capital perçoit aussi de la part du défunt plus de 152 500 euros d'assurance vie. Si le souscripteur décède après ses 70 ans, ces dernières primes seront soumises aux droits de succession, après l'abattement légal. Sauf, dans les deux cas, pour le conjoint ou le partenaire de Pacs, automatiquement exonérés de droits sur tous les biens reçus par succession. ●



Attention, piège possible.

LEXIQUE

Consolidation Date à laquelle les séquelles consécutives à un accident domestique ont pris un caractère permanent et n'évolueront donc plus. On dit dans ce cas que l'état de santé de la victime est «consolidé». A partir de cette date, un médecin-expert mesurera le taux d'invalidité de la personne. Selon l'importance de ce taux et en fonction des clauses du contrat de «garantie accidents de la vie» signé, la procédure débouchera ou non sur le versement d'indemnités.

GAV C'est le label des garanties accidents de la vie, créé en 2000 mais remanié courant 2013 par la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA). Le nouveau label GAV impose aux assureurs signataires d'offrir aux souscripteurs un certain nombre de garanties de base et de règles de fonctionnement, comme la limite d'âge à l'adhésion (65 ans), le plafond des prestations en cas de préjudices à indemniser (1 million d'euros au minimum) ou le délai maximal



En cas de décès, les proches peuvent percevoir une indemnité allant de 10 000 à 25 000 euros selon le degré de parenté.

pour proposer une offre d'indemnisation une fois l'état de santé de la victime consolidé (5 mois).

Indemnitaire Un contrat garantie accidents de la vie est dit «indemnitaire» lorsque le calcul du montant des indemnités versées à une victime se réfère aux règles de droit commun, autrement dit à la jurisprudence des tribunaux, et non aux conventions du contrat ou aux conclusions remises par les experts de la compagnie d'assurances, autant de solutions qui peuvent se révéler sensiblement moins favorables à l'assuré.

Pretium doloris Littéralement, c'est le «prix de la douleur», terme qui désigne les souffrances morales endurées par le conjoint, les parents ou les enfants qui ont perdu un proche. Le «pretium doloris» est pris en compte par l'assureur lors du calcul des indemnités versées en cas de décès d'un assuré. Le montant attribué se situe généralement entre 10 000 et 25 000 euros, selon le degré de parenté existant entre le défunt et les bénéficiaires du contrat.

Seuil d'intervention Taux d'invalidité d'un blessé au-dessous duquel l'assureur ne fait pas jouer la garantie accidents de la vie souscrite. Il n'intervient donc pas, et la victime de l'accident ne perçoit alors aucune indemnité. En règle générale, le seuil d'intervention se déclenche à partir d'un accident engendrant un taux d'invalidité de 10% (lire la définition

plus bas), mais certains contrats prévoient une mise en œuvre de leur garantie à partir d'un taux d'invalidité de 5%, voire moins.

Taux d'IPP Ou «taux d'invalidité permanente partielle». Traduit le degré de handicap durable subi par la victime d'un accident ayant entraîné des séquelles. Le taux d'IPP est mesuré par l'expert de la compagnie d'assurances, sur une échelle allant de 0 à 100% (de la sensation de vertige à la tétraplégie totale). Il sert de référence pour le calcul du montant de l'indemnité à verser à l'assuré.

Temporaire décès C'est la formule traditionnelle de l'assurance décès, ultramajoritaire sur le marché (plus de 85% des contrats souscrits). Son fonctionnement est simple : le souscripteur définit un montant de capitaux garantis et éventuellement une date de fin de contrat (il est résilié d'office une fois un certain âge atteint, qui varie entre 70 et 80 ans) et, s'il décède entre-temps, les bénéficiaires désignés perçoivent le capital fixé.

Vie entière Contrairement aux contrats d'assurance décès «temporaires», les contrats «vie entière» prévoient le versement du capital aux bénéficiaires quelle que soit la date du décès du souscripteur (il n'y a pas de date limite). Cette formule, trop proche de l'assurance vie classique, rencontre peu de succès (moins de 15% du marché).



ASSURANCE IMMOBILIER

Le gros risque encouru par le banquier qui vous a accordé un crédit pour financer un achat immobilier, c'est que vous mouriez en lui laissant une partie de l'ardoise. D'où l'obligation qu'il vous fait de souscrire une assurance emprunteur, souvent très chère (jusqu'à 15% du coût du crédit). Cette garantie joue également en cas d'invalidité. Mais les conditions d'application sont toujours sévères; vous devez donc les étudier de près, sinon l'assureur risque de se dérober et de faire payer votre

famille à votre place. Idem avec l'assurance perte d'emploi, facultative mais hors de prix et pratiquement limitée aux salariés qui ne risquent rien. Enfin, le propriétaire bailleur que vous êtes peut avoir un jour des soucis avec un locataire négligent. La parade: souscrire une bonne assurance loyers impayés prenant aussi en charge les dégradations. •

SOMMAIRE

P.58 Garantie emprunteur

P.62 Option perte d'emploi

P.63 Impayés de loyers

+ 50%

SURPRIME HABITUELLE
DE COTISATION D'ASSURANCE
POUR LES FUMEURS
QUI SOUSCRIVENT UN PRÊT

62 ans

ÂGE AU-DELÀ DUQUEL
LA GARANTIE CHÔMAGE
DU PRÊT CONTRACTÉ
NE JOUERA PLUS

2,6%

COÛT MOYEN
D'UNE GARANTIE DE LOYERS
SOUSCRITE EN DIRECT
AUPRÈS D'UN ASSUREUR

GARANTIE EMPRUNTEUR Les offres

Tout organisme financier vous consentant un crédit immobilier exige que vous souscriviez un contrat d'assurance décès garantissant que ce crédit lui sera remboursé si vous décédez avant l'échéance ou si, à la suite d'un accident entraînant une grave invalidité, vous vous trouvez dans l'impossibilité provisoire ou définitive de faire face à vos échéances. Votre première décision sera de choisir entre un établissement bancaire classique et une compagnie d'assurances spécialisée, souvent meilleur marché. Un choix parfois difficile à exercer car votre banquier va multiplier les pressions pour être également votre assureur. Compte tenu du coût élevé de l'assurance décès (entre 5 et 15% du coût total d'un

emprunt), vous devrez ensuite étudier de près le contenu et le montant des options qui vous sont proposées, ainsi que les conditions d'application des garanties (franchises, pourcentage de couverture des mensualités, questionnaire médical, exclusions...). Attention à ne pas signer trop vite la première proposition venue: une simple erreur d'inattention dans la lecture du contrat pourrait coûter très cher à vous ou à votre famille.

RISQUES COUVERTS Le décès de l'assuré, mais aussi l'invalidité ou la perte d'emploi

Certes, le décès de l'emprunteur est le principal risque couru par l'assureur, mais ce n'est pas le seul. D'autres événements malheureux peuvent le contraindre à prendre en charge le rem-

boursement du prêt consenti, à condition naturellement d'être très graves. Il en est ainsi de la perte totale d'autonomie, définie comme l'incapacité définitive pour l'assuré d'exercer une profession quelconque, avec l'obligation d'avoir recours à une aide permanente pour accomplir les actes de vie quotidienne. En cas d'atteintes physiques moins sérieuses, des indemnités forfaitaires correspondant à des échéances de prêt peuvent être attribuées, mais seulement à partir d'un seuil d'incapacité déterminé dans le contrat. La perte d'emploi peut également figurer parmi les risques couverts. Mais attention: cette garantie (facultative) est à la fois très coûteuse, soumise à des délais de carence et de franchise extrêmement

LES TARIFS DE TROIS SPÉCIALISTES POUR 200 000 EUROS EMPRUNTÉS SUR VINGT ANS

Assureur	Cotisation appliquée (1)	Coût de l'assurance (2)	Surprime pour un fumeur	Franchise appliquée (3)	Exonération de cotisations (4)
Pour un emprunteur âgé de 30 ans					
Ugip	0,10%	3 947 euros (197 euros/an)	+ 49%	90 jours	non
April	0,11%	4 236 euros (212 euros/an)	+ 83%	90 jours	oui
CSF	0,43%	17 280 euros (864 euros/an)	+ 0%	60 jours	non
Pour un emprunteur âgé de 40 ans					
April	0,20%	7 806 euros (390 euros/an)	+ 91%	90 jours	oui
Ugip	0,21%	8 461 euros (423 euros/an)	+ 59%	90 jours	non
CSF	0,43%	17 280 euros (864 euros/an)	+ 0%	60 jours	non
Pour un emprunteur âgé de 50 ans					
April	0,36%	14 283 euros (714 euros/an)	+ 86%	90 jours	oui
CSF	0,43%	17 280 euros (864 euros/an)	+ 0%	60 jours	non
Ugip	0,48%	19 372 euros (969 euros/an)	+ 52%	90 jours	non

Source: Kredity.com.

C'est la règle dans la plupart des établissements spécialisés: plus on est jeune, moins on paie. Mais d'autres facteurs doivent être pris en compte pour évaluer le coût de la garantie emprunteur. Ainsi, le risque de mortalité lié au tabac pourra être inclus ou pas dans le taux de cotisation affiché et, en cas de surprime, celle-ci variera parfois du simple au double. A vérifier également: le délai de franchise et l'existence ou non d'une clause vous exonérant du paiement des primes en cas d'arrêt de travail forcé.

(1) Cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital restant dû, pour un client non-fumeur, assuré pour le décès, la perte d'autonomie, l'incapacité permanente et temporaire de travail. Crédit au taux fixe de 3% hors assurance. (2) Pour une prise en charge à 100% des mensualités de prêt. (3) Nombre de jours, à partir de la date de souscription, au-dessous duquel la garantie ne s'applique pas. (4) Garantie permettant d'être exonéré du paiement des cotisations en cas d'arrêt de travail.



des spécialistes souvent moins onéreuses

longs (jusqu'à 24 mois!) et limitée dans le temps. De plus, les motifs d'exclusion sont nombreux (lire le sujet en page 62).



BANQUE OU SPÉCIALISTE Evitez la banque si vous êtes jeune

Depuis 2010 (entrée en vigueur de la loi Lagarde), vous pouvez souscrire votre assurance décès-invalidité chez un assureur spécialisé, une option qui permet d'obtenir, si vous êtes jeune et bien portant, jusqu'à 50% d'économies par rapport à l'offre classique d'un banquier. Explication: les banques mutualisent souvent leurs risques sur l'ensemble de leurs clients emprunteurs, qui paient ainsi tous le même prix ou à peu près, quels que soient leur âge et leur état de santé. Autrement dit, les clients vieux et malades ne sont pas particulièrement pénalisés, ni les jeunes, du coup, particulièrement avantagés. En revanche, les établissements spécialisés, comme April ou Ugip, pratiquent des tarifs individualisés en fonction des risques couverts, ce qui est d'ailleurs bien naturel: plus on est jeune, moins c'est cher. De 25 ans à 40 ans, vous bénéficierez donc de conditions attractives. A plus de 50 ans, par contre, c'est le coup de bambou (et souvent, il vaut mieux accepter la proposition du banquier). Notez que, toujours dans l'optique d'une personnalisation des contrats, les questionnaires médicaux sont étudiés de plus près par les assureurs spécialisés que par les banquiers. Pas de chance pour les fumeurs, qui se voient alors appliquer de très lourdes surprimes, allant de + 50 à + 90% selon les contrats (lire le tableau ci-contre).



TYPE DE CONTRAT Mieux vaut souscrire la formule "forfaitaire"

Si vous avez souscrit un contrat d'assurance décès de type «indemnitaire», ce qui est fréquent avec les contrats de groupe (c'est-à-dire lorsque le banquier prêteur et l'assureur ont partie liée), vous n'êtes indemnisé, par exemple en cas d'arrêt de travail, qu'à partir du moment où vous subissez

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ : NE CACHEZ RIEN !



Avant de signer votre contrat de prêt, vous devez remplir un questionnaire médical. Ne cherchez pas à cacher vos éventuels soucis de santé, même mineurs (opération d'un genou, diabète léger, myopie...), vous risqueriez de ne pas être couvert en cas de pépin et de devoir payer de votre poche les échéances du crédit. Si vous avez une pathologie lourde (tumeur, cancer...), vous devrez vous soumettre à une visite médicale afin que l'assureur évalue sa prise de risque. Cela ne signifie pas pour autant qu'on refusera de vous prêter de l'argent. En effet, depuis la mise en place de la convention Aeras, en 2007, les banques sont obligées de faire des propositions de crédit aux personnes gravement malades. Elles peuvent néanmoins imposer un plafond (320 000 euros) et réserver leur offre aux clients dont l'âge n'excédera pas 70 ans au terme du prêt. L'emprunteur doit tout de même s'attendre à payer son assurance au prix fort, jusqu'à 300% de majoration.

réellement une baisse de revenus. Ainsi, dans l'hypothèse où ce risque serait spécifiquement garanti par une autre assurance de prévoyance (notamment celle que souscrivent la plupart des employeurs au nom de leurs salariés), vous ne toucheriez pas un centime de la part de votre garantie emprunteur. Logique: aux yeux de la compagnie d'assurances, vous n'avez (encore) rien perdu. En revanche, avec un contrat de type «forfaitaire», formule retenue par la majorité des assurances individuelles (celles des compagnies spécialisées, indépendantes du banquier prêteur), le remboursement de la mensualité ne pose aucun problème, il est même quasi immédiat. Sachez toutefois que le taux de couverture de la formule forfaitaire n'est pas toujours égal à 100% de la mensualité de crédit due. Mais, même avec un taux de prise en charge de 75 ou 80%, vous serez souvent sensiblement mieux traité qu'avec un contrat indemnitaire.

COÛT Exigez qu'il soit calculé sur le capital restant dû et évaluez-le en euros

L'assurance décès peut être calculée chaque mois sur le capital restant dû après remboursement de la mensualité, ou bien sur l'intégralité du capital emprunté au départ. Pour mesurer les deux offres, vous ne devez pas vous attacher au taux de l'assurance (il est moins élevé lorsque la base de calcul est le capital de départ), mais à son coût total, lequel est en moyenne moins important dans le cas d'un prélèvement effectué sur le capital restant dû. En effet, plus le temps passe, moins il vous reste à payer. Logiquement, les cotisations vont donc diminuer en même temps que les sommes restant à payer. Même si ce type de cotisation semble plus coûteux au départ, vous en sortirez gagnant sur le long terme. Pour le vérifier, exigez donc de votre assureur une évaluation du coût de ses garanties en euros plutôt qu'en pourcentage du prêt, d'autant que ce pourcentage, souvent exprimé en taux mensuel, peut être difficile à

Suite page 60 ►

Le délai de franchise peut atteindre 180 jours !

► Suite de la page 59

interpréter sur la durée du crédit, voire être trompeur dans certains cas. A l'inverse, la facture en euros a le mérite d'être concrète, comme le montre notre tableau de la page 58. Signalons enfin que, contrairement aux contrats de groupe, les assurances individuelles des spécialistes sont presque toutes tarifées en fonction du capital restant dû.

LIMITE DE PRISE EN CHARGE Gare aux franchises, qui varient du simple au triple

Chaque contrat d'assurance a ses propres règles de prise en charge, lesquelles peuvent considérablement varier en fonction du niveau de garantie que vous demandez. Ainsi, le nombre de jours de franchise, c'est-à-dire la période pendant laquelle vous n'êtes pas couvert à partir de la date de signature du contrat, peut aller du simple au triple (60, 90, 120 ou 180 jours), ce qui change évidemment l'intérêt de l'opération. En général, le délai de franchise est inversement proportionnel au tarif affiché : plus celui-ci est bas, plus le nombre de jours de franchise est important. Même phénomène pour la fraction de mensualité couverte, que l'assureur peut faire varier, selon les contrats, entre 50 et 100%. En fait, tout cela va dépendre de vos réserves financières. A vous, selon votre situation personnelle et professionnelle, de privilégier soit le coût de la protection, soit l'étendue des garanties.

ASSURANCE COUPLE Avec 100% sur chaque tête, vous gagnez en tranquillité

La grande majorité des contrats d'emprunts immobiliers est souscrite par des couples. La question est alors de savoir comment répartir la quotité des risques de décès et d'invalidité. Les compagnies ont longtemps privilégié une couverture standard de 50-50 par tête, mais ce n'est pas forcément la meilleure solution, au contraire, car lorsque l'un des conjoints disparaît, le paiement de la mensualité retombe alors pour moitié sur l'autre. Pourra-t-il y faire face s'il doit, avec un seul salaire, voire sans salaire du tout, financer en plus les charges courantes de la maisonnée et l'éducation des enfants ? Mieux vaut

donc opter pour un contrat où chaque membre du couple est assuré à 75%, une formule qui est d'ailleurs devenue la norme dans la plupart des offres actuelles du marché. Le mieux, si vous en avez les moyens financiers, est cependant de choisir une quotité d'assurance de 100% sur chaque tête. En cas de malheur pour l'un des deux coemprunteurs, l'autre se trouve dégagé de toute obligation de remboursement vis-à-vis de la banque. Cette solution est certes un peu plus coûteuse, mais, dans ce domaine, la tranquillité n'a pas de prix.



DÉFINITION ET APPLICATION DES GARANTIES Ouvrez l'œil, et le bon

Il n'est pas toujours facile de savoir exactement ce que couvrent les garanties offertes par les assureurs. Seules sont claires les clauses s'appliquant au décès ou à la PTIA (perte totale et irréversible d'autonomie), car il n'y a pas à tergiverser sur la définition de ce type de catastrophe. Ces clauses sont d'ailleurs pratiquement les mêmes chez tous les assureurs. Par contre, d'importantes nuances apparaissent, selon les contrats, dès qu'il s'agit de définir ce qu'il faut entendre par IPT (incapacité permanente totale), IPP (incapacité permanente partielle) ou ITT (incapacité temporaire totale). Or que vous soyez classé dans telle ou telle catégorie n'est pas indifférent, le degré de couverture n'étant pas le même. Les conditions d'application de l'indemnisation sont également très variables d'une compagnie à l'autre. C'est notamment le cas pour la durée de prise en charge quand l'assuré est frappé d'incapacité de travail : souvent trois ans, parfois beaucoup plus. Quant aux mi-temps thérapeutiques, ils peuvent être indemnisés à hauteur de 50%, ou pas du tout. Autant dire que chaque point du contrat doit être étudié attentivement. ●

LES MÉTIERS À RISQUE SONT SOUVENT EXCLUS

Certaines professions dangereuses sont exclues du champ des assurances. Passe encore si vous êtes docker, routier ou chauffeur livreur. Mais si vous êtes militaire, policier ou pompier, on risque de vous claquer souvent la porte au nez (ou de vous faire payer la garantie au prix fort). Idem pour les sports : pas de problème si vous faites de la rando ou du vélo, mais attendez-vous à un chemin de croix si vous êtes passionné de spéléologie ou d'accrobranches. A noter que, en matière d'incapacité temporaire de travail (ITT), les exclusions peuvent viser les maladies dites « non objectivables », c'est-à-dire supposées se situer dans la tête : fatigue chronique, affections psychiques, épuisement professionnel (burn out)...

Beaucoup de compagnies refusent d'assurer les pompiers, dont le métier est jugé trop dangereux.



PHOTO : FENOUIL/REA



Attention, piège possible.

POUR RÉFLÉCHIR ET AGIR AVEC UN TEMPS D'AVANCE

La revue de référence des cadres et dirigeants



Nouveau

ÉDITION
FRANÇAISE



Disponible chez votre marchand de journaux
et sur www.hbrfrance.fr

Disponible sur tablettes et mobiles



OPTION PERTE D'EMPLOI Payée très cher et truffée de clauses limitatives

La sévérité des conditions de souscription à l'option «perte d'emploi» d'une offre de prêt et les nombreuses mesures qui en restreignent la mise en œuvre expliquent pourquoi bon nombre d'experts déconseillent d'y recourir. De fait, le risque de se retrouver au chômage est si menaçant aujourd'hui que les assureurs multiplient les barrières pour décourager les candidats. Seuls les salariés pratiquement indéboulonnables sont acceptés de bon cœur. Mais entre les franchises et les délais de carence prévus au contrat, l'assuré devra patienter des mois avant d'être pris en charge. Et une fois débloqués, les versements vont subir toutes sortes de limitations en termes de durée et de pourcentage d'indemnisation. Cela ne veut pas dire qu'un contrat «perte d'emploi» soit inutile, mais, avant de souscrire, il faut bien en mesurer les limites.

CONDITIONS D'ACCÈS Mieux vaut être embauché en CDI plutôt qu'en CDD

L'option «perte d'emploi» est particulièrement sélective. Pour souscrire, vous devez le plus souvent satisfaire à des conditions draconiennes : être un salarié en CDI chez le même employeur depuis au moins douze mois hors période

d'essai (six mois suffisent parfois) et n'avoir pas dépassé un certain âge (50, 55 ou 60 ans). Une personne en CDD peut toutefois être acceptée si elle est embauchée à temps complet pour au moins quatre-vingt-dix jours, mais elle ne sera couverte que si elle a obtenu un CDI avant son licenciement. Attention : tous les types de perte d'emploi ne sont pas assurés. La garantie ne s'applique que dans le cas d'un licenciement pour lequel Pôle emploi verse des allocations. Autrement dit, ni le chômage partiel, ni les démissions, ni les ruptures conventionnelles (encore moins les renvois pour faute lourde) ne sont couverts.



DÉLAI DE CARENCE, FRANCHISE Jusqu'à vingt-quatre mois d'attente

La garantie ne s'applique pas dès la signature du contrat, loin s'en faut. Elle ne joue qu'à l'issue de deux périodes clés, la carence et la franchise, qui peuvent l'une et l'autre retarder considérablement la date de mise en œuvre de l'indemnisation. La carence est une première période, à partir de la date d'adhésion du contrat, pendant laquelle l'assurance ne joue pas, même si l'assuré est licencié. Prévoyez entre six et dix-huit mois sans protection. Quant à la fran-

chise, c'est une période de trois à six mois démarrant à la date du licenciement (ou de la perception des allocations chômage) et à l'issue de laquelle sont effectués les premiers versements. Au total, ce sont donc entre neuf et vingt-quatre mois qui vont s'écouler sans que vous ayez droit à quelque garantie que ce soit, alors que vous continuez de cotiser.

INDEMNISATION Quand vous aurez 60 ou 62 ans, l'assureur arrêtera ses versements

Selon le contrat, la durée et le plafond des garanties peuvent beaucoup varier. La durée maximale d'indemnisation pour une seule période de chômage est d'environ un an, mais elle peut se limiter à six mois. Nombre d'assureurs prévoient en outre une durée maximale répartie sur toute la période du prêt, en général entre dix-huit et trente-six mois. Quant au montant de l'indemnisation, il se calcule en pourcentage (de 50 à 100%) de la mensualité de remboursement du prêt, et souvent dans la limite d'un plafond (rarement plus de 100 euros par jour). Sachez enfin que votre assureur ne vous garantira plus une fois que vous aurez atteint l'âge de 60 ou de 62 ans. Comme quoi, il n'existe pas de prime de fidélité en matière d'assurance chômage. ●

LES GARANTIES PERTE D'EMPLOI DE TROIS GRANDS ÉTABLISSEMENTS PRÊTEURS

Banque (assureur)	Age limite d'adhésion	Coût de l'assurance (1)	Part des mensualités garanties	Délai de carence (2)	Délai de franchise (3)	Durée max. d'indemnisation (4)
BNP Paribas (Cardif)	59 ans	0,41%	100%	6 mois	3 mois	18 mois
La Banque postale (CNP Assurances)	54 ans	0,20%	60%	12 mois	6 mois	36 mois
Société générale (Sogecap)	60 ans	0,29%	50%	18 mois	Aucun	18 mois

(1) En pourcentage du capital emprunté à la banque. (2) Nombre de mois, à partir de la date d'adhésion, durant lesquels la garantie ne joue pas. (3) Nombre de mois à attendre, à partir de la date de licenciement, avant le versement de la première indemnité. (4) Pour toute la durée du prêt, chaque période de chômage étant indemnisée durant un maximum de 12 mois.

Le coût de l'assurance liée au crédit immobilier peut varier du simple au double selon l'établissement, mais ce n'est pas le seul critère à prendre en compte : en général, moins ce coût est élevé, et plus le pourcentage des mensualités prises en charge et la durée d'indemnisation sont limités. Mais l'assureur peut aussi jouer sur les délais de carence et de franchise.



IMPAYÉS DE LOYERS Se couvrir contre ce risque grandissant est devenu impératif

Un locataire qui ne paie plus ses loyers, c'est la hantise des propriétaires. Même si les impayés restent marginaux (environ 2% de la masse des loyers facturés), ils se multiplient avec la crise et la montée du chômage. Pour se prémunir, il est possible de demander qu'un proche du locataire se porte caution (lire page 64). Ou bien de souscrire une assurance spécifique. A côté de la classique GLI (garantie loyers impayés) des compagnies privées, il y a la GRL (garantie des risques locatifs) et bientôt la GUL (garantie universelle des loyers), toutes deux initiées par les pouvoirs publics. L'étendue des risques couverts est variable, de la prise en charge des loyers et des dégradations des lieux au versement d'un dédommagement pour le départ anticipé du locataire ou encore la possibilité de payer les frais d'avocat en cas de

litige. A vous de choisir votre contrat en fonction du profil des locataires et du logement. Côté tarifs, gardez à l'esprit que les meilleurs assureurs prélèvent moins de 3% des loyers bruts. Enfin, n'oubliez pas que le montant des primes payées est déductible de vos revenus locatifs.

INTERMÉDIAIRE Souscrire en passant par une agence, c'est mieux et moins cher

Vous pouvez souscrire directement une garantie loyers impayés auprès d'une compagnie d'assurances, d'un courtier, d'une banque ou même d'une association du type Unpi (Union nationale de la propriété immobilière). Il s'agit alors d'un contrat dit «individuel». Mais vous pouvez également vous adresser à un administrateur de biens immobiliers, à qui vous confiez en contrepartie la gestion de votre logement. On parle alors de «contrat collectif». Vous bénéficiez dans

ce cas de conditions et de tarifs négociés par ces professionnels auprès de l'assureur en fonction de leur portefeuille et de leur surface financière. Du coup, les cotisations des contrats collectifs sont souvent sensiblement inférieures à celles des contrats individuels. Autre avantage non négligeable des contrats collectifs : vous avez affaire au même interlocuteur pour l'assurance des loyers, l'entretien des lieux et vos rapports avec l'occupant. De quoi vous faciliter la vie dans la gestion du logement.



DOSSIER D'ADMISSION Vérifiez bien la solvabilité du locataire

Aucun assureur ne vous garantira les éventuels impayés de votre locataire si ce dernier ne satisfait pas à des conditions précises de ressources. Autrement dit, il faut qu'il soit a priori solvable. Un

Suite page 64 ►

SIX BONS CONTRATS D'ASSURANCE POUR GARANTIR L'ENCAISSEMENT DE SES LOYERS

Contrat Assureur	Coût de l'assurance (1)	Plafond d'indemnisation des loyers	Plafond d'indemnisation des dégradations (2)	Plafond de la protection juridique (3)
Contrats pouvant être souscrits en direct par le propriétaire				
Nouvelle GLI (Sacapp)	2,30%	100 000 euros (4)	2 300 euros (5)	2 300 euros
Loyers impayés (Macif)	2,70%	60 000 euros	7 700 euros	3 000 euros
GLI (GeranceCenter)	2,90%	90 000 euros	10 000 euros	Illimité
Contrats souscrits par l'intermédiaire d'une agence immobilière				
Contrat Tranquillité (Century 21)	1,80%	70 000 euros	8 000 euros	4 600 euros
Loyers impayés (Orpi)	1,90%	90 000 euros	10 000 euros	4 000 euros
Securinvest (Unis)	1,90%	90 000 euros (6)	10 000 euros	6 000 euros

(1) En pourcentage des loyers mensuels, charges comprises. (2) Par sinistre. (3) Plafond, par sinistre, qui couvre les frais de justice en cas de litige avec le locataire, un voisin, le syndic ou le concierge. (4) Durant une période de 24 mois maximum. (5) Franchise de 400 euros par sinistre. Option facturée 0,15% des loyers et charges. (6) Avec un maximum de 4 600 euros par mois.

Quel que soit le type de souscription choisi (en direct ou via une agence), il faut toujours examiner de près le niveau des garanties proposées. Avec 60 000 euros de plafond d'indemnisation des loyers et frais de contentieux, vous êtes tranquille, sachant qu'une expulsion dure rarement plus de 15 mois et coûte moins de 4 000 euros. Par contre, gare aux plafonds des dégradations et de la protection juridique : un locataire mécontent de vos services peut délaier l'entretien du logement et vous entraîner dans de coûteuses actions en justice.

L'assureur vous indemnise dans un délai allant de

► Suite de la page 63

locataire est considéré comme tel si ses revenus nets sont au moins 2,7 fois supérieurs (parfois 3) au montant du loyer charges comprises, et s'il bénéficie d'un contrat de travail à durée indéterminée. Méfiance oblige, votre locataire doit fournir des pièces justificatives (bulletin de paie, avis d'imposition) et remplir une fiche de renseignements. C'est seulement à ce moment qu'il est agréé par l'assureur. Bon à savoir: si vous ne passez pas par une agence, c'est à vous de vérifier lors de la souscription que son dossier est en règle. L'assureur ne le fera qu'une fois constatés les éventuels impayés et, si vous n'avez pas fait le nécessaire, vous risquez de perdre le bénéfice de la garantie. Autrement dit, le contrôle de l'éligibilité des locataires relève de la responsabilité des bailleurs, sauf si les pièces justificatives étaient des faux.

GARANTIES À SOUSCRIRE Ne négligez pas l'option "dégradation du logement"

La principale garantie d'une assurance impayés est évidemment le versement à l'assuré du loyer et des charges dues par le locataire défaillant. Elle est parfois assortie soit d'une protection juridique classique (mais pour des conflits portant sur un autre sujet qu'un accident de paiement), soit, si les choses tournent vraiment mal, d'une prise en charge des frais de procédure à l'encontre des mauvais payeurs, procédures qui peuvent coûter plusieurs milliers d'euros s'il faut aller jusqu'à l'expulsion. Dans ce dernier cas, il s'agit bien sûr d'une option payante. Peut également être garantie la disparition imprévue du locataire suite à son décès ou à un départ sans respect des délais convenus (trois mois de préavis légal). Autre option payante, la couverture des dégradations du logement constatées après le départ de l'occupant. Pas inutile, même si seules les dégradations volontaires sont prises en compte. Pas question d'une remise à neuf quand il s'agit de vétusté normale. Quelques assureurs proposent également une garantie de «vacance locative» (moyennant un surcoût d'environ 1,5%), visant à indemniser le proprié-

taire durant les périodes où il cherche un locataire pour remplacer le précédent et ne perçoit pas ses loyers.



FAIRE JOUER L'ASSURANCE Des formalités extrêmement strictes

Souscrire une assurance impayés, c'est facile. La faire jouer, ça l'est moins. En effet, les formalités exigées par les assureurs sont pointilleuses. Dès que vous constatez un retard de paiement (ou un paiement partiel), vous devez envoyer au locataire un courrier lui rappelant ses obligations. Sans nouvelles dans un délai de 15 jours (ou de 40 pour certains assureurs), vous lui adressez un second courrier, en recommandé cette fois. Votre locataire ne se mani-

feste toujours pas? Envoyez-lui alors par huissier une mise en demeure, puis alertez votre assureur en lui transmettant une déclaration d'impayés et le dossier du locataire. Si tout est en ordre, vous serez indemnisé dans un délai de 45 jours à trois mois. Sachez toutefois que le contrat a fixé un plafond et, parfois, une durée maximale de remboursement. Comptez jusqu'à 100 000 euros pour le plafond et 30 mois pour la durée.

LA GRL Une formule assez intéressante, mais à condition d'avoir la fibre sociale

Créée en 2010 par les pouvoirs publics, mais plusieurs fois modifiée depuis, la GRL (garantie des risques locatifs) se caractérise par son caractère social: elle est

CAUTION DU LOCATAIRE: LES RÈGLES À CONNAÎTRE

Au lieu de souscrire une assurance, le bailleur peut demander qu'une personne se porte caution du locataire. Mais pour être sûr que ce garant réglera la note en cas d'impayés, les termes de l'engagement doivent être très précis.

*Je déclare me porter caution **solidaire du locataire**, sans bénéfice de discussion et de division, pour le paiement des **loyers, charges, réparations locatives, impôts, taxes** et tous frais éventuels de procédure.*

Je reconnais avoir reçu un exemplaire du contrat de bail pour lequel je me porte caution solidaire, et avoir pris connaissance du montant actuel du loyer (xxx euros) et de sa révision annuelle basée sur l'indice trimestriel de référence des loyers.

*Ce cautionnement est donné **pour une durée de neuf ans**, soit la durée du bail initial et des deux baux suivants.*

J'ai pris connaissance des termes de l'article 22-1 de la loi du 6 juillet 1989, reproduit ci-dessous:

«Lorsque le cautionnement d'obligations résultant d'un contrat de location conclu en application du présent titre ne comporte aucune indication de durée ou lorsque la durée du cautionnement est stipulée indéterminée, la caution peut le résilier unilatéralement. La résiliation prend effet au terme du contrat de location, qu'il s'agisse du contrat initial ou d'un contrat reconduit ou renouvelé, au cours duquel le bailleur reçoit notification de la résiliation».

Signature

Imposez que la caution se dise «solidaire». Vous pourrez alors vous tourner vers elle au premier incident de paiement, sans avoir dû auparavant poursuivre le locataire en justice.

Faites indiquer que la caution ne porte pas seulement sur le loyer mais sur l'ensemble des obligations du locataire (charges, réparations, taxes...)

Exigez de la caution qu'elle s'engage sur une durée précise (la norme est de neuf ans). Attention, à défaut, ses obligations prendront fin dès le terme du contrat de bail en cours.

Sous peine de nullité de l'acte, la caution doit écrire ce texte à la main, prouvant qu'elle connaît les cas de résiliation de son engagement.

45 à 90 jours

moins sélective qu'un contrat classique et ne s'applique qu'à des loyers inférieurs à un certain seuil prédéfini. Concrètement, la GRL privilégie les locataires à risques élevés (faibles revenus, situation précaire, CDD, intérim...) mais pose deux conditions à l'acceptation des dossiers : que le montant du loyer ne dépasse pas 2000 euros par mois (charges comprises) et que le locataire ne consacre pas à ce loyer plus de la moitié de ses ressources. Autre particularité notable : la GRL propose obligatoirement un contrat « socle » couvrant au moins trois garanties indissociables : loyers impayés, dégradations locatives et frais de contentieux. Malgré la simplicité du dispositif et son coût étudié (entre 2,2 et 3% chez la plupart des compagnies), il peine à démarrer. En cause, le désengagement du principal des trois assureurs partenaires (la DAS), les délais d'indemnisation qui s'éternisent et le profil un peu particulier des locataires concernés. Une autre formule d'assurance, la GUL devrait d'ailleurs prendre le relais d'ici deux à trois ans (lire ci-dessous).

LA GUL Ce futur type de contrat est déjà redouté par les propriétaires bailleurs

Destinée à voir le jour en 2016, la GUL (garantie universelle des loyers) fait partie du projet de loi Alur (Accès au logement et à un urbanisme rénové) qui vient d'être voté. Deux objectifs officiels : protéger les propriétaires du risque d'impayés et faciliter l'accès au logement des locataires. A en juger par les critiques des bailleurs, il semble que le premier objectif risque de passer après le second. Sans entrer dans les détails, inconnus à ce jour, on sait que la GUL sera obligatoire et que, fixée à 1,5% des loyers bruts, le paiement de la prime sera réparti à parts égales entre le propriétaire et l'occupant. Autres mesures envisagées par cette loi : plafonner les loyers dans les zones tendues, mettre les honoraires de location à la seule charge du propriétaire, réduire à 1 mois (contre 3 aujourd'hui) le délai de préavis légal du locataire qui s'en va, pénaliser les propriétaires tardant à restituer le dépôt de garantie... Mais que les bailleurs se rassurent : 2016, c'est loin. ●



Attention, piège possible.

LEXIQUE

Assurance groupe En matière d'assurance emprunteur, c'est le contrat type proposé par la banque qui accorde le crédit. Particularité : le risque décès est mutualisé sur l'ensemble des emprunteurs de l'établissement. Les tarifs sont donc à peu près identiques pour tout le monde, quels que soient son âge, son métier ou la durée de remboursement du prêt. Tout l'inverse des contrats « individuels » issus des assureurs spécialisés, où la cotisation varie selon le profil du client : les moins de 40 ans, aux risques limités, y trouvent souvent avantages.

Caution Personne qui s'engage par écrit à payer les loyers et les charges diverses à la place du locataire défaillant. On distingue la caution « simple » de la caution « solidaire ». La première exige qu'en cas d'impayés le propriétaire se tourne d'abord vers le locataire pour tenter de se faire régler la dette, avant de faire jouer la caution. La seconde, plus commode pour le propriétaire, lui permet de s'adresser directement à la caution. A noter : il est interdit de demander une caution à un candidat à la location dès lors qu'une assurance loyers a été souscrite.

IPP Ou « incapacité permanente partielle ». Désigne l'état d'une personne qui, suite à une maladie ou à un accident, est atteint d'une invalidité (au taux compris entre 33 et 66%, selon les critères de la Sécurité sociale) l'empêchant

d'exercer à plein-temps son activité professionnelle. A ne pas confondre avec l'IPT (« incapacité permanente et totale »), caractérisée par un taux d'invalidité supérieur à 66%, qui rend la personne inapte à tout travail, de façon présumée définitive. Enfin, l'ITT (« incapacité temporaire totale de travail ») met la personne dans l'impossibilité totale de travailler durant une période définie.

PTIA Pour une personne malade ou accidentée, la « perte totale et irréversible d'autonomie », également appelée « invalidité absolue et définitive (IAD) », signifie qu'elle se trouve physiquement ou mentalement dans l'impossibilité définitive d'exercer quelque activité rémunératrice que ce soit et doit se faire assister quotidiennement pour accomplir les actes de la vie courante (se laver, se nourrir, se déplacer...).

Vacance locative Période durant laquelle un propriétaire est en recherche de locataire après que le dernier occupant a quitté les lieux. Pour se couvrir contre ce risque de vacance, il faut souscrire l'option proposée dans un contrat d'assurance loyers impayés. Cette option coûte habituellement autour de 1,5% du montant des loyers bruts. Attention : un délai de franchise est toujours prévu (entre 1 et 3 mois), le propriétaire ne sera souvent indemnisé que du loyer (pas des charges), et durant une période limitée (de 2 à 5 mois).



ASSURANCE VOYAGE

Le moindre problème à l'étranger (bagages perdus, rage de dents, voiture de location en panne...) peut suffire à gâcher vos vacances. Toutefois, si vous les avez payées avec votre carte bancaire, vous allez au moins pouvoir faire face aux premiers frais. Toutes les cartes du marché offrent un certain niveau d'assurance et d'indemnisation en cas de pépin: il est faible avec les cartes ordinaires, mais relativement élevé avec les cartes haut de gamme (Visa Premier, Gold MasterCard et Gold Card American

Express). Préférez ces dernières, le surcoût sera souvent amorti en quelques voyages. L'autre solution est de souscrire une assurance classique, souvent plus intéressante, notamment pour la prise en charge des frais médicaux. Comptez de 3 à 7% du prix du séjour mais, en cas d'hospitalisation d'urgence sur place (60 000 euros, par exemple, aux Etats-Unis), vous ne le regretterez pas. •

SOMMAIRE

P. 68 Cartes bancaires

P. 71 Garantie classique

**80
euros**

**SURCÔT ANNUEL POUR
UNE CARTE HAUT DE
GAMME PAR RAPPORT
À UNE CARTE STANDARD**

90%

**DU PRIX DU VOYAGE
RESTE À VOTRE CHARGE
SI, NON ASSURÉ, VOUS
L'ANNULEZ L'AVANT-VEILLE
DU DÉPART**

**450
euros**

**D'INDEMNITÉS VERSÉES
EN CAS DE RETARD
DE TRAIN OU D'AVION
DE PLUS DE 4 HEURES**



PHOTO: LUCAS TETTONI / ROBERT HARDING WORLD IMAGERY / CORBIS

CARTES BANCAIRES Le coût d'une de gamme est amorti au bout de deux

Une carte bancaire ne sert pas seulement à retirer des espèces dans un distributeur, à payer ses achats en boutique ou à régler l'addition au restaurant. Quand on voyage, elle offre aussi des garanties d'assistance et d'assurance bien utiles (retard d'avion, vol de bagages, hospitalisation...). Il existe deux grands types de cartes bancaires : les ordinaires (Visa ou MasterCard) et les hauts de gamme (Visa Premier, Gold MasterCard et Gold American Express). Si les premières offrent un niveau de garantie assez faible, ce n'est pas le cas des secondes. Certes, leur coût est en moyenne trois fois plus élevé (120 euros au lieu de 40), mais, grâce aux assurances auto et annulation incluses, la différence de prix est amortie au bout de deux courts voyages par an.



CONDITIONS Vous devez payer le voyage avec votre carte bancaire

Quelle que soit votre carte – classique ou haut de gamme – les garanties ne jouent que si vous l'utilisez pour

payer votre voyage, partiellement ou intégralement selon les cas. Autre condition, vous trouver à plus de 100 kilomètres de votre domicile au moment du sinistre. Attention : la durée de la couverture est limitée aux premiers 90 jours de votre déplacement avec une carte classique et aux premiers 180 jours avec une carte haut de gamme. Bon à savoir en cas de déplacement en famille : sont alors couverts votre conjoint ou votre concubin (certificat de concubinage à l'appui) ainsi que vos enfants célibataires de moins de 25 ans à votre charge. La couverture est plus large avec une carte haut de gamme puisque sont également garantis vos ascendants vivant sous le même toit et fiscalement à charge (que vous voyagiez ensemble ou séparément), ainsi que vos petits-enfants âgés de moins de 25 ans, mais à condition cette fois qu'ils voyagent avec vous.

CARTES NOIRES Des avantages appréciés des amateurs de grand standing

On connaît bien les «bleues» et les «dorées», mais il y a aussi les cartes «noires». Ces cartes très haut de gamme ont pour nom Visa Infinite, MasterCard Platinum ou American Express Platinum. Avantages : des plafonds de retraits nettement plus élevés ainsi que des garanties d'assurance et d'assistance majorées. Autre

prestation couramment proposée, des services de conciergerie sophistiqués dans les hôtels de luxe (réservation de table dans les restaurants chics ou de taxi aux heures de pointe). Même si certaines banques, comme Fortuneo ou Barclays, délivrent gratuitement ces cartes à leurs meilleurs clients, elles sont en général vendues très cher (jusqu'à 600 euros par an). Il semble toutefois qu'elles n'apportent pas toujours un supplément de prestations justifiant le surprix demandé, notamment au niveau des assurances, comme c'est le cas, par exemple, pour le prix des cartes dorées par rapport à celui des cartes classiques.

ANNULATION, RETARD, PERTE DE BAGAGES Gardez les justificatifs

Avec une carte classique, n'espérez pas toucher la moindre indemnisation si vous devez annuler votre voyage. En revanche, avec une carte haut de gamme, il sera remboursé dans la limite de 4 500 ou 5 000 euros. Bien entendu, vous devrez avoir une bonne raison (médicale, professionnelle ou familiale) de vous décommander. Et en apporter la preuve. Même impossibilité, sans carte haut de gamme, de vous faire dédommager si vos bagages ont été perdus, volés ou endommagés. Mais, muni du précieux sésame, vous pourrez toucher



PHOTOS : D.R.

LES ASSURANCES VOYAGE DES CARTES BANCAIRES

Type de carte	Annulation de voyage ⁽¹⁾	Retard de train ou d'avion ⁽²⁾	Détérioration ou vol de bagages ⁽³⁾	
Visa Premier	5 000 euros	400 euros	800 euros ⁽⁸⁾	
Gold MasterCard	5 000 euros	450 euros	850 euros	
Gold American Express	4 500 euros ⁽⁹⁾	450 euros	Sans objet	

(1) Plafond par an et par assuré (conjoint, concubin, descendants de moins de 25 ans et ascendants à charge). (2) Par retard (6) Par sinistre pour American Express, par an pour les autres. (7) Garantie qui couvre, par sinistre, les dommages corporels



carte haut voyages

entre 800 et 850 euros, à condition cependant qu'ils soient restés constamment sous votre surveillance et que, comme l'imposent certaines cartes, le vol n'ait pas eu lieu à l'hôtel. Quant aux retards d'avion, ils ne sont généralement pris en compte qu'au-delà de 4 heures pour les vols réguliers (ainsi que pour les correspondances manquées) et de 6 heures pour les vols charters. Attention, dans tous les cas de figure, seuls sont remboursés les frais restant à votre charge après l'indemnisation éventuellement versée par le transporteur ou l'agence de voyage. Enfin, quelle que soit la nature de l'incident, conservez toutes les pièces justificatives qui ne manqueront pas de vous être demandées.

VOL DE CARTE, FRAIS IMPRÉVUS Vous bénéficiez d'un service VIP

Réservées aux heureux possesseurs d'une carte haut de gamme, certaines prestations ont tout du service cinq étoiles. Imaginez que vous perdiez ou qu'on vous vole votre carte. Une catastrophe si vous n'avez pas d'autres moyens de paiement. Mais miracle, dès que vous l'aurez alerté, le gestionnaire de votre carte vous en enverra une autre dans les 48 heures où que vous soyez à l'étranger avec, en prime, une avance de 3 000 euros en espèces (à rembourser lors de

LES ATOUTS DE LA CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE-MALADIE

En cas d'hospitalisation dans un pays de l'Union européenne, vous serez souvent couvert par votre carte haut de gamme, qui avancera les frais. Mais ce ne sera pas le cas pour les soins ordinaires (angine, gastro-entérite...) qui peuvent être coûteux. D'où l'intérêt, au moins quinze jours avant le départ, de demander à obtenir, pour chaque membre

de la famille, une carte européenne d'assurance-maladie (CEAM) auprès de votre caisse de Sécurité sociale (ou directement sur le site Ameli.fr). Résultat : sur place, vous n'aurez pas à avancer les frais médicaux pris en charge par la Sécu. Alors que sans cette carte il vous faudra payer de votre poche et attendre le retour en France pour vous faire rembourser.



Pas d'avance de frais à faire si vous tombez malade dans un pays de l'Union européenne.

PHOTO : FOTOLIA

vos retours en France). Autre attention délicate : l'envoi à votre hôtel ou dans tout autre endroit d'objets difficiles à trouver sur place, comme une paire de lunettes (si vous avez cassé la vôtre) ou de médicaments (si vous avez mal calculé vos besoins). Enfin, si vous êtes obligé de passer la nuit sur place suite à un retard d'avion, les frais engagés pour la circonstance (repas, hôtel...) vous seront remboursés, le tout dans la limite de certains plafonds quand même.



LOCATION DE VOITURE Tous les sinistres sont pris en charge

Atout majeur des cartes haut de gamme, elles assurent dans de bonnes conditions les voitures de location. Non seulement les éventuels frais de répara-

tion et d'immobilisation sont largement couverts, mais le véhicule est garanti contre le vol, le tout sans limite chez Visa Premier (entre 50 000 et 75 000 euros pour les deux autres cartes). Ces avantages évitent de souscrire les assurances complémentaires «dommages, collision et vol», très coûteuses, que les loueurs tentent souvent de faire passer pour obligatoires. Il arrive toutefois que le loueur soit dans son droit en vous imposant sa propre assurance, par exemple si vous avez réservé par Internet. Dans ce cas, votre carte haut de gamme prendra en charge l'éventuelle franchise en cas de sinistre. Méfiez-vous : certains véhicules un peu spéciaux (camping-cars, deux-roues, voitures de collection) ne

Suite page 70 ►

HAUT DE GAMME ET LES PLAFONDS D'INDEMNISATION EN CAS DE SINISTRE

	Détérioration ou vol du véhicule de location (4)	Garantie décès invalidité (5)	Hospitalisation à l'étranger (6)	Responsabilité civile à l'étranger (7)
	Aucun plafond	310 000 euros	155 000 euros	1 525 000 euros
	50 000 euros	310 000 euros	155 000 euros	2 000 000 euros
	75 000 euros	600 000 euros	50 000 euros	Sans objet

et par famille. (3) Par bagage. (4) Dans la limite de deux sinistres par an. (5) Par famille et par sinistre. et matériels causés à autrui. (8) Avec une franchise de 70 euros. (9) Dans la limite de 7 000 euros par an et par famille.

Du voyage annulé pour cause de maladie à l'accident de voiture à l'autre bout du monde, la quasi-totalité des galères que peut subir le détenteur d'une carte haut de gamme (ainsi que sa famille) sont couvertes. Avec, à chaque fois, de généreux plafonds d'indemnisation. Largement de quoi amortir le prix annuel de la carte (120 euros en moyenne). A noter : American Express, pionnière du genre et dont les prestations furent longtemps sans équivalent, a été rejointe, voire dépassée par ses deux concurrentes.



En cas d'accident fautif, les frais d'avocat sont offerts

LES PLAFONDS DE RETRAIT ET DE PAIEMENT DES CARTES HAUT DE GAMME À L'ÉTRANGER

Banque (carte)	Retrait aux distributeurs		Paiement	
	Plafond hebdomadaire	Coût hors zone euro ⁽¹⁾	Plafond mensuel	Coût hors zone euro ⁽¹⁾
Banque à guichet				
BNP Paribas (Visa Premier)	2 000 euros	2,90%	8 000 euros	2,90% (+ 0,80 euro)
Caisse d'épargne IDF (Visa Premier)	3 000 euros ⁽²⁾	2,80% (+ 3,20 euros)	7 700 euros	2,80%
Crédit agricole IDF (Gold MasterCard)	2 000 euros	2% (+ 3,20 euros)	A négocier	2%
LCL (Visa Premier)	1 500 euros ⁽³⁾	2,90% (+ 3 euros)	8 000 euros	2%
Société générale (Visa Premier)	6 100 euros	2,70% (+ 3 euros)	A négocier	2,70% (+ 1 euro)
Banque en ligne				
Boursorama Banque (Visa Premier)	920 euros	1,99%	5 000 euros	1,99%
ING Direct (Gold MasterCard)	1 200 euros ⁽⁴⁾	2%	6 000 euros ⁽⁵⁾	2%
Fortuneo (Gold MasterCard)	1 000 euros	2%	2 000 euros ⁽⁶⁾	2%

(1) En % du retrait. (2) 1 500 euros hors zone euro. (3) 1 000 euros hors zone euro. Plafond par période de 3 jours. (4) Sur demande (plafond de base : 500 euros). (5) Sur demande (plafond de base : 2 000 euros). (6) Plafond par période de 7 jours.

En plus des prestations d'assurance et d'assistance, les cartes haut de gamme présentent un autre avantage lorsqu'on est à l'étranger : des pla-

fonds de retrait et de paiement beaucoup plus élevés que les autres cartes. Quant aux retraits aux distributeurs de la zone euro, ils sont gratuits.

► Suite de la page 69

sont pas toujours couverts. Renseignez-vous avant votre départ. D'une manière générale, ces garanties jouent même si vous n'avez pas payé la location avec votre carte. Mieux encore, elles sont étendues aux membres de votre famille. Sachez aussi que si vous causez des dommages matériels ou corporels à un tiers, la couverture est nulle avec une carte classique, mais elle peut monter jusqu'à 2 millions d'euros avec une carte haut de gamme. Enfin, en cas de poursuite judiciaire, vos frais d'avocat seront pris en charge dans la limite de 1 500 ou 3 000 euros et, si vous devez payer une

caution, votre carte haut de gamme en fera l'avance jusqu'à 16 000 euros.

DÉCÈS Le capital octroyé pourra couvrir l'ensemble des frais funéraires

En cas de décès survenu lors d'un déplacement en train, en avion ou en voiture de location, vous ou votre famille percevrez un capital (plafonné à 100 000 euros avec une carte classique, et entre 310 000 et 600 000 euros avec une carte haut de gamme). Ce capital est destiné à couvrir les premiers soins funéraires, la prise en charge du transport du corps ainsi que la participation au prix du cercueil, toujours très élevé s'il s'agit d'un

modèle conçu pour passer les frontières. En cas d'invalidité complète, il peut être prévu dans la liste des garanties que soit envoyé sur place un chauffeur de remplacement afin de ramener le véhicule au domicile de l'intéressé, une précaution utile car on n'y pense pas souvent. A noter que, quelle que soit votre carte bancaire (haut de gamme ou pas), le rapatriement du corps est effectué jusqu'au lieu des obsèques si le décès a lieu en France et jusqu'à l'aéroport international le plus proche s'il a lieu à l'étranger. Dans ce dernier cas, il faut savoir que la note restant à payer pour la famille risque d'être élevée.



ASSISTANCE HOSPITALISATION Vous payez les frais à votre retour

Tomber malade à l'étranger peut vous coûter très cher. Tant mieux si vous avez une carte bancaire, mais joignez immédiatement son service assistance, c'est lui qui prendra les décisions nécessaires : hospitalisation sur place ou rapatriement. Son numéro de téléphone se trouve au dos de votre carte. La «classique» vous assure à hauteur de 11 000 euros, avec une franchise de 75 euros. Même franchise avec une carte haut de gamme, mais le montant maximal assuré grimpe jusqu'à 155 000 euros par an. Concrètement, le service assistance avance les frais et se fait rembourser à votre retour, pour tout ou partie, par la Sécu et votre complémentaire santé (vous ne payez donc rien). Toutes les cartes bancaires prévoient, si nécessaire, le rapatriement du malade ainsi que celui de l'un ou de tous les membres de sa famille qui l'accompagnent. Si l'état du malade le justifie, elles prévoient également qu'une personne vienne à son chevet. Seront alors pris en charge son aller-retour en avion ainsi que son séjour à l'hôtel, selon des limites dépendant du standing de la carte. A noter qu'aucune prestation d'assistance n'est fournie si les blessures de l'assuré résultent de la pratique d'activités dangereuses, telles que la plongée sous-marine, la spéléologie ou l'alpinisme. Les frais de recherche et de secours des personnes perdues en mer, dans la montagne ou dans le désert ne sont pas davantage couverts. ●



Attention, piège possible.

GARANTIE CLASSIQUE Efficace et abordable, mais pas toujours nécessaire

Si les niveaux d'indemnisation des cartes bancaires haut de gamme sont souvent confortables, ils peuvent paraître insuffisant selon le profil du voyageur ou le type de séjour. Un plafond de 155 000 euros en cas d'hospitalisation, c'est bien, mais 800 ou 850 euros pour le vol ou la détérioration de vos bagages, c'est limite. Si cela vous paraît trop juste et qu'aucun de vos contrats d'assurance ordinaires (habitation et auto notamment) ne vous couvre correctement, mieux vaut alors souscrire une assurance spécifique, adaptée à votre profil. La plupart des compagnies proposent une large gamme d'offres regroupant assistance et assurance. De fait, il faut les deux : l'assistance vous apporte un soutien immédiat dans une situation d'urgence, et l'assurance vous indemnise ensuite. Les caractéristiques du contrat vont dépendre de votre destination, de la durée du séjour et du nombre de personnes qui vous accompagnent. Normal, le besoin de couverture n'est pas du tout le même pour dix jours à Londres en couple que pour cinq semaines aux Etats-Unis en famille. La garantie vol ou dégradation de bagages

pourra ainsi varier de 1 000 à 3 000 euros, et le plafond annulation de 5 000 à 16 000 euros. Le coût de cette assurance ? Raisonnable, vu le niveau des services rendus : à partir de 3% du prix du voyage.



RISQUE DE DOUBLONS Epluchez soigneusement tous vos contrats

Avant de souscrire une assurance voyage auprès d'une compagnie spécialisée, telle que Mondial Assistance ou Avi International, vérifiez si vous n'êtes pas couvert par d'autres moyens : assurance-maladie (Sécu), mutuelle santé, carte bancaire, multirisque habitation, garantie auto, assurance décès ou invalidité, assurance accidents de la vie, assurance scolaire ou extrascolaire... L'ennui, c'est que vous l'êtes sans doute déjà, au moins partiellement, mais que, pour le vérifier, vous allez devoir éplucher les différents contrats que vous détenez. Fastidieux, mais indispensable ! C'est en effet la seule façon de savoir si la destination de vos prochaines vacances est déjà prise en compte, quelles exclusions sont prévues ou quelles personnes pourront vous accompagner en toute tranquillité. Surtout, vérifiez que vous ne risquez

aucune mauvaise surprise avec les franchises appliquées et les plafonds d'indemnisation. Heureusement, si c'est le seul vrai souci en vue, une extension de garantie de l'un de vos contrats (auto, habitation...) suffira le plus souvent.

FRAIS MÉDICAUX 60 000 euros pour une admission aux urgences aux Etats-Unis !

Les risques courus en matière de santé sont si importants qu'il serait déraisonnable de vous passer d'une assurance assistance rapatriement, surtout pour un voyage long et lointain. De la cicatrice qui va s'infecter au traumatisme crânien, tout peut arriver, à vous ou à votre famille. Les sommes à déboursier sont alors considérables, parfois plusieurs dizaines de milliers d'euros. Jugez plutôt : 60 000 euros pour une admission aux urgences aux Etats-Unis, 55 000 euros pour un rapatriement de Chine vers la France, 25 000 euros pour une hospitalisation consécutive à une bronchite au Canada. Comment allez-vous faire pour régler de telles sommes ? A l'étranger, même les petits ennuis coûtent une fortune : 8 000 euros, par exemple, pour

Suite page 72 ►

LES TARIFS ET LES NIVEAUX DE COUVERTURE OFFERTS POUR QUATRE PROFILS DE VOYAGEURS

Assureur	Couple, 7 jours, Tunisie (1)	Couple, 15 jours, Antilles (2)	4 personnes 15 jours, Australie (3)	Couple, 30 jours, Chine (4)	Plafonds de remboursement pour les garanties...			
					... Annulation de voyage (5)	... Détérioration ou vol de bagages	... Soins et hospitalisation	... Interruption de séjour (6)
Mondial Assistance	133 euros	152 euros	331 euros	460 euros	5 000 euros (7)	1 000 euros (7)	75 000 euros (7)	5 000 euros
Europ Assistance	262 euros	262 euros	458 euros	310 euros	En option (8)	3 000 euros	300 000 euros (7)	0 euro
April International	114 euros	152 euros	304 euros	152 euros	16 000 euros (9)	2 000 euros (10)	150 000 euros (11)	7 500 euros
Avi International	288 euros	288 euros	304 euros	304 euros	0 euro	2 000 euros (12)	300 000 euros (12)	0 euro

(1) Jeune couple de 27 ans. Prix du séjour : 2 000 euros. (2) Couple de 33 ans. Séjour en République dominicaine. Prix : 3 000 euros. (3) Couple avec deux enfants. Prix du séjour : 6 000 euros. (4) Couple de 50 ans. Prix du séjour : 4 000 euros. (5) Pour cause de maladie, d'accident ou de décès d'un proche (famille ou ami) ou d'une personne devant faire partie du voyage. (6) Remboursement des jours de voyage non utilisés en cas de rapatriement médical ou de retour anticipé (pour cause de décès ou d'hospitalisation d'un membre de la famille, ou de sinistre au domicile). (7) Franchise de 30 euros par personne. (8) Entre 30 et 50 euros de plus par personne, selon le voyage organisé. (9) Franchise : 5% de l'indemnité, avec un minimum de 20 euros par personne. (10) Franchise de 50 euros par valise en cas de détérioration. (11) Franchise de 30 euros par personne pour les soins médicaux et les urgences dentaires. (12) Aucune franchise appliquée.

Gare au voyageur qui facture d'office la garantie

► Suite de la page 71

une gastro sévère en Espagne et 3 500 euros pour une appendicite en Nouvelle-Zélande. Dans ces conditions, exiger un minimum de 150 000 euros pour l'indemnisation des frais n'est pas excessif si vous voyagez à plusieurs.

ASSURANCE DU VOYAGISTE Vous n'avez aucune obligation de la souscrire

Tout voyageur doit obligatoirement informer ses clients de l'existence d'assurances spécifiques (notamment en matière d'annulation et de rapatriement) liées à leur voyage, mais il n'a pas le droit d'inclure d'autorité leurs coûts dans le prix du vol ou du séjour. Il s'agi-

rait alors d'une «vente liée», pratique interdite par le Code de la consommation. Méfiez-vous donc de telles propositions, surtout si elles émanent de voyageurs non agréés par l'Orias, l'organisme qui fait la loi chez les intermédiaires d'assurance. Rien ne vous empêche toutefois d'accepter l'offre d'assurances du voyageur s'il agit en toute transparence, qu'il a pignon sur rue et que son contrat est compétitif par rapport à la concurrence.

ANNULATION Vous devez justifier de bonnes raisons pour être indemnisé

Bon à savoir: le Syndicat national des agences de voyage (Snav) a établi un barème du coût restant à votre charge en

fonction de la date à laquelle vous annoncez au tour-opérateur l'annulation votre voyage. Exemple: vous aurez encore à payer 25% de ce coût si vous annulez trois semaines avant la date prévue du départ, 50% si c'est au moins huit jours avant, et 90% si vous attendez l'avant-veille pour vous manifester. Vous n'allez donc pas récupérer grand-chose si vous vous y prenez un peu tard. D'où l'intérêt d'avoir souscrit une bonne assurance, laquelle vous remboursera jusqu'à l'intégralité des sommes retenues par le voyageur. Mais attention: les raisons d'annulation (généralement d'ordre médical, professionnel ou familial) que vous invoquez doivent impérativement figurer dans le contrat. Elles doivent également être imprévisibles, et non intentionnelles. Pas de garantie qui vaille, donc, si le décès de l'assuré est la conséquence prévisible d'une maladie apparue avant la signature du contrat ou si la perte d'un proche (motif couramment allégué) est due à un suicide.

PROCÉDURE Restez en contact permanent avec l'assureur

Accident de voiture, hospitalisation, vol de bagages... Dès que survient un incident couvert par votre contrat, prévenez immédiatement votre assureur par téléphone et demandez-lui la marche à suivre, en particulier s'il s'agit d'un dommage corporel. Où que vous soyez, toutes les compagnies ont sur place des correspondants disposant des informations nécessaires pour vous aider à maîtriser la situation. Sans feu vert de la part de l'assureur, gardez-vous donc d'engager la moindre démarche, sauf cas d'urgence absolue. Toute initiative malheureuse de votre part risquerait d'avoir des conséquences fâcheuses, en particulier sur le plan financier (non-remboursement ou application de franchises élevées). Surtout n'oubliez pas que l'assureur vous demandera au retour de justifier vos dépenses en lui apportant tous les documents (factures, ordonnances, témoignages, photos...) liés à aux dommages que vous ou votre famille avez subis. Sans attendre votre retour, vous pouvez même envoyer copie de ces pièces par courriel, afin d'être plus rapidement indemnisé. •

TROIS GARANTIES QUI NE FONCTIONNENT PAS TOUJOURS...



CAS N° 1 Vol dans l'hôtel Sauf négligence de votre part (vous avez laissé vos bagages dans le hall ou oublié de fermer votre porte), l'hôtelier est responsable de vos affaires à hauteur de 100 fois le prix à la journée de la chambre. Si le vol a lieu dans votre voiture, sur le parking de l'hôtel, vous serez indemnisé à hauteur de 50 fois le prix de la chambre. Sous réserve, toutefois, de pouvoir présenter les preuves d'achat...



CAS N° 2 Garantie soleil Les voyageurs proposent souvent une garantie météo (15 à 20 euros par semaine) qui rembourse votre séjour si le soleil fait défaut. Mais gare: elle ne joue que si la température est inférieure de 10 °C aux normales saisonnières ou si la semaine comporte plus de 3 jours nuageux. Elle doit être prise au moins 15 jours avant le départ et l'indemnisation est plafonnée à 400 euros.



CAS N° 3 Garantie neige Pas possible de skier en station par manque de neige? Avec la garantie du voyageur (20 euros par semaine), on vous promet le remboursement du séjour. Mais sous condition: les deux tiers des remontées mécaniques doivent être fermées pendant deux jours de suite. A noter que l'assurance n'est vendue qu'entre décembre et avril, et pour les stations situées à plus de 1200 mètres d'altitude.



LEXIQUE

Bénéficiaires L'assurance voyage d'une carte bancaire ne couvre pas uniquement son détenteur. Le conjoint, le concubin notoire et les enfants âgés de moins de 25 ans rattachés au foyer fiscal sont également assurés d'office pour tous les sinistres garantis par contrat et qui surviennent durant le séjour payé avec la carte, y compris si elle est standard. La couverture d'une carte haut de gamme va encore plus loin : elle intègre aussi les petits-enfants, ainsi que les parents et les grands-parents s'ils sont fiscalement à charge.

Conciergerie C'est le service réservé aux détenteurs des cartes bancaires dites «noires» ou de «prestige», telle, MasterCard Platinum, Visa Infinite ou American Express Platinum. Disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24,

ce service de conciergerie, calqué sur celui des grands palaces, répond gratuitement, sur un simple coup de téléphone du client (le numéro est inscrit au dos de la carte), à toutes sortes de demandes plus ou moins urgentes : réservations de taxis, billets de train ou d'avion, chambres d'hôtel, places de spectacle, table dans un grand restaurant, livraison de fleurs, de costumes ou de plats cuisinés, recherche d'une baby-sitter ou d'un plombier...

Dommages collision et vol Garanties automobiles facultatives intégrées par les cartes bancaires haut de gamme, et qui permettent à leurs détenteurs, lorsqu'ils louent une voiture, d'être automatiquement assurés contre le risque de vol ou les dommages matériels consécutifs à un accident de la route dont ils seraient déclarés

responsables. A noter : certains loueurs la prétendent obligatoire et tentent ainsi de la faire souscrire inutilement à leurs clients.

Extension de garantie Possibilité offerte à un assuré de faire relever par sa compagnie le niveau de protection de ses contrats d'assurance. Par exemple en définissant un plafond d'indemnisation plus élevé sur sa complémentaire santé, ou bien en ajoutant le nom d'une personne pouvant prendre le volant sur son contrat automobile. Ces extensions de garantie, souvent peu onéreuses (quelques dizaines d'euros), permettent parfois d'éviter la souscription d'une assurance voyage spécifique.

Orias L'Organisme pour le registre unique des intermédiaires en assurance, banque et finance, créé en 2007, recense tous les acteurs du secteur de l'assurance (y compris, donc, les agences de voyages) et de contrôler leurs compétences : détention d'une responsabilité civile professionnelle, casier judiciaire, niveau d'études, durée de l'expérience... Un voyageur agréé par l'Orias (voir la liste sur Orias.fr) est donc un gage de sérieux pour le consommateur. A ne pas confondre avec l'enregistrement de la société au Syndicat national des agences de voyages (Snav), chargé de défendre la profession.

Payer son voyage avec sa carte bancaire permet de faire profiter tous ses enfants des garanties associées.



PHOTO : HUBERT/LAIF/RÉA



ASSURANCES OBSÈQUES ET DÉPENDANCE

Le financement de la dépendance est devenu un problème national, car l'écart ne cesse de se creuser entre les ressources des personnes âgées et le coût de leurs besoins (hébergement en établissement spécialisé ou aide à domicile). L'assurance dépendance sert précisément à combler cet écart, en permettant au souscripteur de cotiser tant qu'il est valide afin de disposer, le moment venu, d'un revenu régulier supplémentaire. Attention : ces contrats souffrent souvent d'am-

bigüités, tant dans leur libellé que dans leurs procédures d'application, particulièrement en ce qui concerne le rôle du médecin-conseil chargé d'évaluer le degré de handicap. Les contrats obsèques ne sont guère plus clairs. Si vous optez pour une garantie «en prestations», où tout est prévu d'avance (type de cérémonie, de sépulture...), gare aux devis des opérateurs funéraires ! •

SOMMAIRE

P.76 Dépendance

P.82 Contrat obsèques

**1 304
euros**

MONTANT MAXIMAL
D'ALLOCATIONS VERSÉES
CHAQUE MOIS PAR L'ÉTAT
EN CAS D'INVALIDITÉ

**53
euros**

COÛT MENSUEL MOYEN,
À 60 ANS, POUR OBTENIR
UNE RENTE DÉPENDANCE
DE 1 000 EUROS

**7 000
euros**

MONTANT POUVANT ÊTRE
FACTURÉ PAR UNE
ENTREPRISE FUNÉRAIRE
POUR DES OBSÈQUES

DÉPENDANCE Beaucoup de contrats

Souvent annoncée mais toujours reportée, la réforme du financement de la dépendance n'a jamais été aussi urgente. En effet, du fait de l'allongement de la durée de vie et de la multiplication des maladies invalidantes, jamais les personnes dépendantes – totalement ou partiellement – n'ont été aussi nombreuses. Et ce n'est pas l'Etat, de plus en plus désargenté, qui va régler la facture des maisons de retraite ou des aides-soignants à domicile. De fait, l'écart entre les quelques centaines d'euros versées chaque mois par les pouvoirs publics sous forme d'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et le coût prohibitif d'un hébergement dans une institution spécialisée ne cesse de se creuser : il peut atteindre 1 500 euros par mois. Rares sont les personnes âgées dont les moyens suffisent à payer une telle somme, même si la famille est obligatoi-

rement mise à contribution. Ainsi s'est ouvert un large marché pour l'assurance dépendance. Mieux vaut en connaître précisément le mécanisme (en évitant les nombreux pièges), car beaucoup d'entre nous devront y faire appel un jour ou l'autre, pour soi-même ou bien pour un membre de sa famille.

PRINCIPE Rien pour les héritiers si l'assuré décède en parfaite santé

Le principe de l'assurance dépendance est simple : il s'agit, pour le souscripteur, de payer des cotisations tant qu'il est valide afin de percevoir, une fois devenu dépendant (totalement ou partiellement), une rente qui complètera ses autres revenus, généralement sa retraite. Cette rente lui permettra soit de continuer à vivre chez lui dans des conditions adaptées à son état de santé, soit de financer son hébergement dans un établissement d'accueil spécialisé. Dans

le premier cas, du moins pour la dépendance partielle, la plupart des contrats prévoient également le versement d'un capital permettant à l'assuré d'équiper son logement en fonction de son handicap. Naturellement, le niveau des rentes et celui des cotisations à verser sont étroitement liés pour calculer la prime. Mais entrent aussi en compte l'âge de l'assuré au moment de la souscription du contrat et les options qu'il a choisies, notamment en matière d'assistance. Attention : si l'assuré décède en parfaite santé physique et mentale, le total des cotisations est conservé par l'assureur, donc rien ne va aux héritiers. Il s'agit de contrats à « fonds perdus ».

CONDITIONS DE SOUSCRIPTION Plus on est jeune, moins la cotisation est élevée

Plus vous souscrivez jeune, moins les primes à payer sont élevées. Normal, à 40 ans, vous êtes un excellent client pour

LES CARACTÉRISTIQUES DE HUIT CONTRATS DÉPENDANCE ET LEUR COÛT POUR

Assureur	Tarif mensuel pour obtenir une rente dépendance ⁽¹⁾ de...		Critères d'évaluation de la dépendance	Revalorisation annuelle de la cotisation versée par le souscripteur	Revalorisation annuelle de la rente servie au souscripteur	
	500 euros	1 000 euros				
AG2R La Mondiale ⁽²⁾	33 euros	47 euros	Grilles Aggir + AVQ	Selon l'inflation et les résultats techniques du contrat (limitée à 150%).	Selon l'inflation (limitée à 150%)	
Agipi ⁽³⁾	33 euros	58 euros	Grille AVQ ⁽⁶⁾	Selon les résultats techniques des contrats (limitée à 5%)	Selon l'inflation et l'évolution du point Agirc ⁽⁷⁾	
April ⁽³⁾	22 euros	33 euros	Grille Aggir	Selon les résultats financiers du groupe (limitée à 10%)	Selon l'indice Agirc ⁽⁷⁾ (dans la limite du fonds de revalorisation) ⁽⁸⁾	
Crédit agricole	49 euros	75 euros	Grille Aggir	Selon les résultats techniques des contrats (limitée à 5%)	Selon l'inflation (dans la limite des résultats des contrats)	
Crédit mutuel ⁽³⁾	28 euros	42 euros	Grilles Aggir + AVQ	Selon l'inflation et en cas de hausse du montant des prestations (limitée à 5%)	Selon l'inflation (dans la limite des résultats des contrats)	
Groupama ⁽⁴⁾	24 euros	39 euros	Grilles Aggir + AVQ	Selon les résultats et en cas de hausse des prestations servies (limitée à 10%)	Selon l'évolution annuelle du point Agirc ⁽⁷⁾	
Macif ⁽⁵⁾	36 euros	65 euros	Grille AVQ	Selon l'inflation et les résultats techniques du contrat (pas de limite)	Selon l'inflation (dans la limite du fonds de revalorisation) ⁽⁸⁾	
Prévoir	34 euros	62 euros	Grilles Aggir + AVQ	Selon les résultats techniques des contrats (pas de limite)	Pas de revalorisation prévue.	



sont parsemés de pièges redoutables

la compagnie d'assurances : aucun souci de santé dans l'immédiat et de nombreuses années de cotisation en perspective. À l'inverse, plus vous êtes âgé, plus le risque de dépendance est important, et plus la cotisation requise est élevée. Ainsi, pour avoir droit à percevoir une rente de 1 000 euros par mois en cas de dépendance totale, votre prime mensuelle ne sera, en moyenne, que de 45 euros par mois à 55 ans, mais elle atteindra 80 euros à 65 ans, et autour de 150 euros à 70 ans. À 75 ans, la question du coût ne se pose d'ailleurs même plus, car c'est l'âge limite de souscription dans la grande majorité des contrats actuellement commercialisés. Cela dit, l'intérêt financier de souscrire jeune, c'est-à-dire avant 50 ou 55 ans, est très loin d'être démontré : sauf cas particulier (soucis récurrents de santé, parents ou grands-parents atteints très tôt de maladies invalidantes...), il vaut souvent mieux

payer des primes fortes pendant seulement une dizaine d'années, que des primes faibles pendant 25, 30 ou 35 ans. Bon à savoir : les rentes issues des contrats d'assurance dépendance ne sont pas impossibles sur le revenu.



QUESTIONNAIRE MÉDICAL Gare aux entournoupes de l'assureur

Au moment de la souscription, votre assureur va logiquement vérifier votre état de santé. Vous allez donc remplir un questionnaire, voire passer un examen médical devant un médecin-conseil, surtout après un certain âge. Si, au vu de ces informations, l'assureur estime que vous présentez un risque de dépendance supérieur à la normale, il peut refuser de vous couvrir ou exiger une surprime. Méfiez-vous du questionnaire : vous risquez d'avoir des surprises si vous cachez quoi que ce soit, et même si ne vous cachez rien, car certaines questions sont libellées de telle sorte que vous les compreniez mal et que, du coup, vos réponses soient considérées comme incomplètes ou mensongères. Exemple souvent rencontré : « Avez-vous connaissance d'autres informations ou éléments particuliers, telle qu'une infirmité ou un défaut de constitution, qui ne sont pas évoqués dans ce questionnaire ? » Le piège est manifeste : permettre à l'assureur, si la réponse est négative, de profiter plus tard du flou de la situation pour contester le versement de la rente (et, évidemment, conserver toutes les cotisations que vous aurez versées).

NIVEAU DE DÉPENDANCE C'est lui qui définit le montant de la rente versée

La reconnaissance d'une situation de dépendance et l'évaluation de son niveau ne sont pas aisées, chaque partie prenante, à commencer par l'assureur, ayant son propre avis sur la question. Des grilles d'évaluation assez précises existent pourtant. La grille nationale Aggir, notamment, évalue de GIR 1 à GIR 6 le degré de dépendance physique et psychique des personnes âgées, en fonction du niveau d'aide dont elles ont besoin pour accomplir les gestes pra-

tiques les plus élémentaires. GIR 1 concerne ainsi les personnes incapables de se déplacer, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent à leur côté une présence continue d'intervenants. En revanche, les personnes se débrouillant à peu près dans la vie courante sont cataloguées GIR 6 (lire tous les détails dans l'encadré de la page 78). Une autre grille d'évaluation, dite AVQ (pour actes de la vie quotidienne), recense les cinq activités de la vie de tous les jours, de la toilette à l'habillage en passant par l'alimentation (lire les définitions précises dans l'encadré de la page 79), que sont capables ou non d'effectuer les personnes âgées en perte d'autonomie. De ces évaluations dépendent théoriquement le seuil de déclenchement de la garantie et le pourcentage de rente qui est attribué. Mais renseignez-vous attentivement avant de signer un contrat, car les compagnies d'assurances y ajoutent souvent leurs propres critères d'évaluation, plus stricts, d'où des contestations sans fin.



RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL Il agit trop souvent comme juge et partie

L'avis de votre médecin traitant sur votre état de santé n'est pas déterminant. Certes, c'est lui qui constitue votre

Suite page 78 ►

UNE SOUSCRIPTION À 60 ANS

	Capital attribué pour aménager le domicile	
	En option (entre 2 500 et 10 000 euros)	(1) Tarifs appliqués pour une dépendance totale ou partielle du souscripteur, sachant que le montant de la rente attribuée en cas de dépendance partielle est généralement diminué de moitié (donc respectivement 250 et 500 euros).
	0 euro	(2) Pour respectivement 700 et 1 000 euros de rente.
	En option (6 mensualités de rente)	(3) Pour 600 et 900 euros de rente.
	3 200 euros	(4) Pour 500 et 800 euros de rente.
	En option (3 mensualités de rente)	(5) Pour 450 et 1 050 euros de rente.
	6 mensualités de rente	(6) Démence incurable pour la dépendance psychologique (justifiant un placement en établissement psychiatrique ou l'assistance permanente d'une personne).
	7 600 euros	(7) Le point Agirc (Association générale des institutions de retraite des cadres) est l'un des principaux indices servant de référence à la revalorisation des pensions de retraite.
	En option (en cas de dépendance partielle)	(8) Ce fonds de revalorisation des rentes est alimenté par les bénéfices réalisés par l'établissement.



Même avec l'aide des proches, rares sont les personnes âgées dépendantes qui peuvent s'offrir une place en maison spécialisée.

Les séquelles dues à l'alcool ne sont pas garanties

► Suite de la page 77

dossier en connaissance de cause, puis l'adresse ensuite à votre assureur en donnant son avis, mais c'est le médecin-conseil de la compagnie qui, au final, va trancher. Un système souvent critiqué, à juste titre, car ce médecin-conseil est à la fois juge et partie. Du coup, il risque de multiplier les objections pour sous-évaluer votre état réel de dépendance, donc le montant de rente à laquelle vous avez théoriquement droit. Exemple type : si vous vous déplacez en fauteuil roulant, même avec certaines difficultés, c'est que vous êtes encore valide... Ce médecin-conseil peut aussi bloquer votre dossier en exigeant de nouveaux justificatifs, l'objectif visé étant de retarder le plus possible la mise en route de la garantie. De fait, dans l'attente de son feu vert, vous ne toucherez pas un centime de rente. Heureusement, vous pouvez faire appel à un deuxième médecin-expert, voire à un troisième, qui arbitrera. L'ennui, c'est que le choix de ce troisième praticien ne sera pas toujours librement effectué (lire l'encadré de la page 79)

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES Le moyen idéal pour faire traîner le dossier

Un procédé couramment utilisé par l'assureur pour faire traîner votre dossier avant de vous verser la rente due est d'exiger des examens de santé complémentaires. Le temps d'obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialisé, de vous rendre à son cabinet par vos propres moyens (parfois à vos frais) et d'attendre les conclusions de ce praticien, voilà encore quelques semaines ou quelques mois de perdus pour vous. Mais autant de temps précieux de gagné pour la compagnie, qui va ainsi pouvoir repousser le jour de l'indemnisation. Autre bon moyen de gagner du temps pour elle : imposer que l'état de dépendance de l'assuré soit « consolidé », c'est-à-dire qu'aucune amélioration (ni aggravation) de son état de santé ne soit médicalement possible. Avec un peu de mauvaise volonté, l'expérience le prouve, cette vérification va prendre non pas trois ou quatre semaines, mais au moins trois ou quatre mois. Et ce sera tout bénéfice pour

LA GRILLE D'ÉVALUATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE

La grille Aggir (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) est une des bases d'évaluation de la dépendance (avec la grille AVQ, lire l'encadré page 79), à laquelle nombre d'assureurs se réfèrent. Le déclenchement de la garantie, donc le versement de la rente, se fera en fonction du groupe dans lequel cette personne est classée. Pour la dépendance totale, il faut souvent qu'elle soit en GIR 1 ou GIR 2, pour la dépendance partielle, en GIR 3 ou GIR 4. A noter : en France, l'âge moyen d'entrée en dépendance est de 82 ans.



Groupe	Niveau de dépendance correspondant
GIR 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une aide en permanence.
GIR 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui exige une aide quasi permanente.
GIR 3	Personne ayant conservé une autonomie mentale, mais qui a besoin, plusieurs fois par jour, d'une aide pour les soins corporels.
GIR 4	Personne qu'il faut aider à se lever et qui peut ensuite se déplacer seule dans son logement. Doit être aidée pour la toilette et l'habillage.
GIR 5	Personne pouvant encore se déplacer et qui a seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personne qui est encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante (toilette, habillage, repas, déplacements dans son logement).

la compagnie si l'assuré vient à décéder dans l'intervalle, hypothèse tout à fait plausible dans le cas d'une personne très âgée atteinte d'une grave maladie.

DÉLAI DE CARENCE Jusqu'à trois ans pour les maladies du type Alzheimer

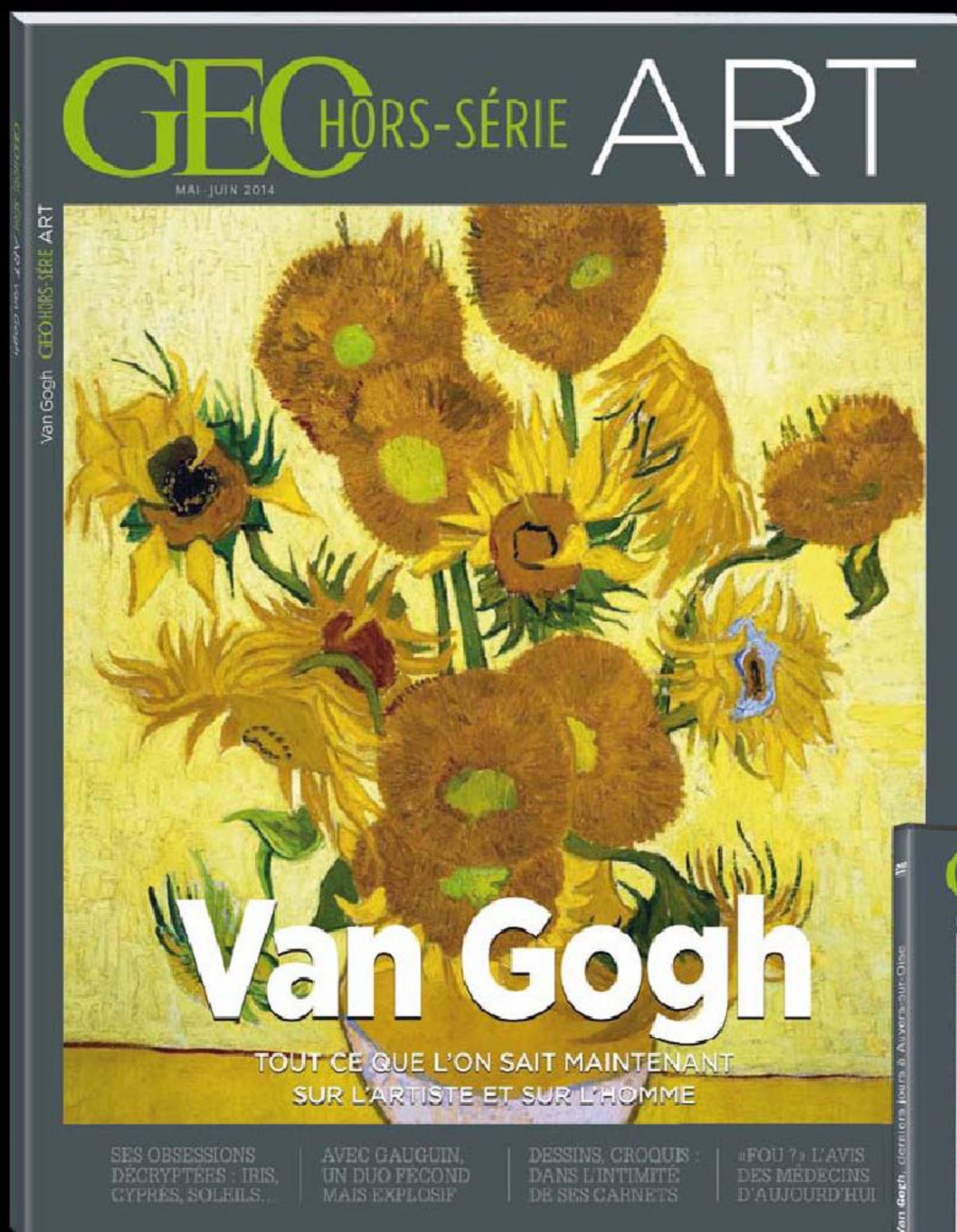
Une fois l'état de dépendance dûment constaté, les assureurs appliquent en général une période de franchise de trois mois, période pendant laquelle ils n'effectuent aucun versement de rente. Cette astucieuse précaution contractuelle, tout à fait légale, leur permet ainsi de priver de garanties les personnes âgées en fin de vie. Autre précaution

prise, à la souscription cette fois : le délai de carence. Il court à partir de la signature du contrat, pendant une période comprise entre un an (dans le cas de maladies classiques) et trois ans pour les maladies psychiques, psychiatriques ou neurodégénératives du type Alzheimer, donc susceptibles de ne pas avoir été dépistées lors de la série d'examens médicaux demandés au départ. Autrement dit, les personnes déclarant ces maladies durant les trois premières années de la signature du contrat ne seront tout simplement pas prises en charge. Autres sources de dépendance généralement

Suite page 80 ►

NOUVEAU

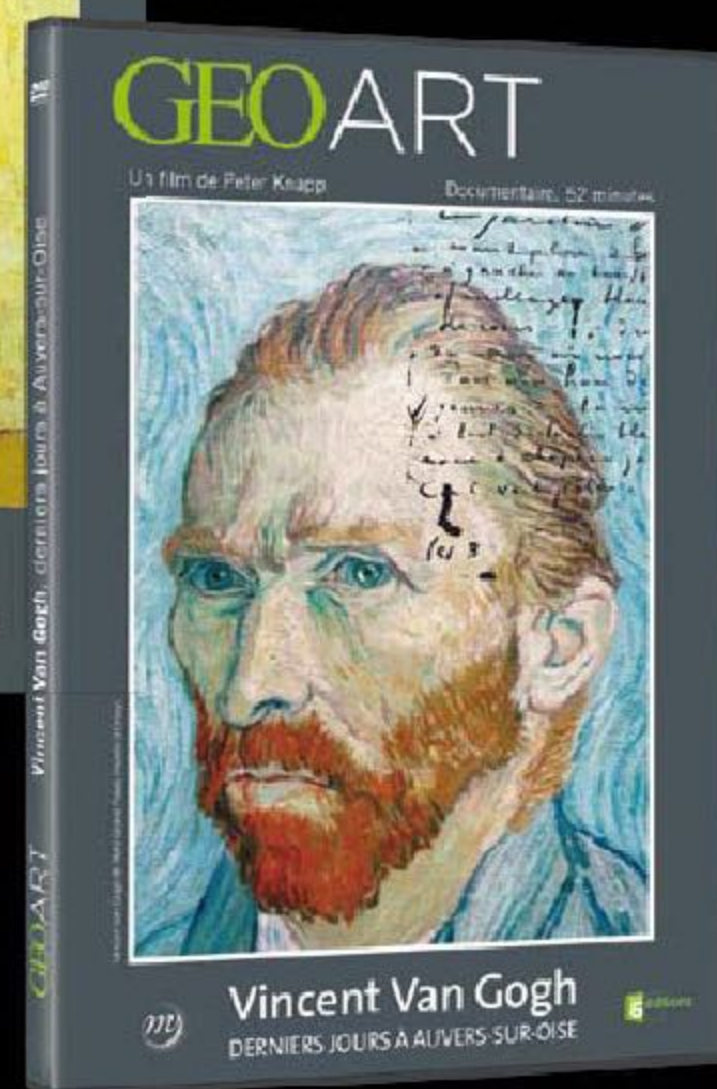
GEOART, aussi beau qu'un livre,
aussi passionnant qu'un magazine



✚ le DVD

pour
4€90
de plus

Découvrez un portrait inédit
du peintre et un éclairage
passionnant sur son œuvre



Un capital de 7 600 euros versé par la Macif pour

AUTONOMIE : LES ACTES DE VIE QUI EN TÉMOIGNENT



Toilette Etre capable de se laver le haut et le bas du corps et satisfaire seul à l'hygiène de l'élimination alimentaire.



Habillage Pouvoir s'habiller et se déshabiller tout seul, y compris avec les vêtements adaptés à son handicap.



Alimentation Etre en mesure de boire et de manger des aliments préparés à l'avance et mis à sa disposition.



Déplacement Une fois debout, pouvoir se déplacer sur une surface plane, à l'intérieur de son lieu d'habitation.



Transfert Pouvoir s'asseoir ou se lever seul d'un fauteuil ou d'une chaise, de se coucher au lit et de s'en lever.

En plus ou à la place de la grille d'évaluation Aggir (lire l'encadré page 78), certaines compagnies s'appuient sur une autre grille pour estimer le degré de perte d'autonomie de l'assuré, laquelle recense cinq actes de la vie quotidienne (AVQ) qu'il est censé accomplir seul : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, se lever ou s'asseoir. Les assureurs multiplient les critères pour valider l'état de dépendance et le versement de la rente. Ainsi, pour la dépendance totale, il faut que l'assuré ne puisse plus assumer quatre de ces cinq activités courantes. Pour la dépendance partielle, l'impossibilité d'en faire deux à trois est exigée. S'y ajoute parfois d'autres conditions, comme, par exemple, la nécessité d'avoir une aide quotidienne.

► Suite de la page 78

exclues de tout versement de prestations : l'usage démontré de stupéfiants, de produits hallucinogènes et même d'alcool, dès lors que leur consommation a entraîné chez l'assuré de graves complications physiques ou psychiatriques. Sont également exclues de garanties les séquelles consécutives aux tentatives de suicide.

DÉPENDANCE PARTIELLE OU TOTALE Le plus sage est de garantir les deux

La dépendance totale est caractérisée par l'impossibilité pour l'assuré d'effectuer sans aide extérieure la plupart des actes ordinaires de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, faire sa toilette, s'habiller... Une fois reconnu cet état de dépendance totale, et après que la période de franchise s'est écoulée, la rente est versée au souscripteur à 100% du montant prévu par le contrat. La dépendance partielle, elle, s'applique à des personnes qui sont capables de rester chez elles, mais qui ont besoin d'être aidées dans leur vie courante. La rente versée est alors fonction du degré de dépendance défini par le médecin-conseil de l'assureur. En principe, la dépendance totale est plus coûteuse à assurer que la dépendance partielle, mais, dans ce dernier cas, il faut aussi tenir compte de la facture liée à l'aménagement du domicile de l'assuré (seuils de portes, volets roulants, rampe d'accès, ascenseurs, téléassistance...) car tous les contrats ne prévoient pas l'attribution d'un capital dédié à cet aménagement. Et lorsque c'est prévu, la somme est souvent plafonnée (3 200 euros au Crédit agricole, 7 600 euros à la Macif, six mois de rente chez Groupama). De plus, étant donné que la dépendance partielle n'est souvent qu'une étape vers la dépendance totale, le mieux est d'avoir un contrat qui intègre les deux situations, même si le montant de cotisations s'en ressent.

REVALORISATION DES PRIMES Une envolée pas toujours justifiée

Les tarifs évoluent, non pas avec l'âge de l'assuré pendant la durée de vie du contrat, mais en fonction de l'âge auquel il l'a souscrit. Tout du moins théorique-

PAS FACILE DE CONTESTER LA DÉCISION DE L'ASSUREUR

La loi est ainsi faite : c'est l'assureur qui décide si le souscripteur est entré en état de dépendance ou non. Certes, il y a toujours moyen de contester sa décision, en faisant appel à un deuxième médecin-conseil. Et même à un troisième si le désaccord persiste. C'est ce qu'on appelle la procédure d'arbitrage. Problème : le choix de cet expert est parfois à faire dans une liste de trois noms, sélectionnés... par l'assureur ! La décision est encore défavorable ? On vous sommera souvent de vous en tenir là. C'est faire peu de cas de la faculté de saisir la justice, seul organe habilité à trancher les conflits de ce genre. Peu de litiges ont été portés devant les tribunaux, mais si les assureurs ne bougent pas, il pourrait bientôt y avoir engorgement. A moins que les pouvoirs publics s'en mêlent : la loi sur la dépendance pourrait arriver en 2015...

ment. Dans la pratique, les assureurs s'autorisent à renchérir le montant des cotisations si, comme ils le précisent, «les résultats techniques du groupe ou du contrat le justifient» (lire le tableau de la page 76). En cause, selon eux, l'augmentation de la fréquence des situations de dépendance et de leur durée, phénomènes dus à l'allongement continu de l'espérance de vie et à la recrudescence des maladies neurodégénératives depuis quelques années. Tout cela est sans doute vrai. Mais, du coup, le montant des cotisations ne cesse de dérapier à la hausse (en général, le minimum est l'application, chaque année, du niveau de l'inflation constatée). Heureusement, sauf exception (comme chez Prévoir), les montants de rente garantie sont également revalorisés tous les ans. L'ennui, c'est que les indices de référence retenus par les assureurs (inflation, évolution du point Agirc relatif aux revalorisations



adapter le domicile au degré de handicap subi



Si l'assureur refuse d'admettre l'état de dépendance, vous pouvez saisir la justice.

PHOTO : ALLARD REA

des pensions de retraite...) sont souvent sujets à caution et, surtout, qu'ils ne suivent que de loin l'augmentation des frais d'hébergement des maisons de retraite et du coût des employés à domicile.



ARRÊT DE COTISATION Toujours possible, mais souvent pénalisant

Un problème financier ou tout autre événement personnel vous empêche de continuer à payer vos cotisations ? Deux cas de figure se présentent. Soit vous avez cotisé pendant moins de huit ans et votre contrat est tout bonnement résilié, ce qui vous fera perdre automatiquement le bénéfice de tous vos versements de rente. Soit vous avez cotisé pendant au moins huit ans et vous pouvez, dans certains cas, continuer de bénéficier de votre contrat, mais à un taux réduit : par exemple, à hauteur d'un tiers de la rente initialement garantie. C'est ce que les assureurs appellent une « mise en

réduction » du contrat. Et si vous cessez de cotiser parce que vous avez trouvé un contrat plus intéressant chez un autre assureur ? Même sanctions que dans les cas précédents. Pour le moment, en effet les droits acquis ne sont pas transférables : en changeant de compagnie, vous allez donc repartir de zéro. A noter que ces questions d'arrêt et de transfert de cotisations dépendance sont à l'ordre du jour des négociations entre pouvoirs publics et compagnies d'assurances.

COÛT Des surprimes en perspective si votre état de santé laisse à désirer

A la souscription, le montant des primes qui vous seront versées le moment venu dépend de deux facteurs principaux : d'abord de votre âge, puisque, comme on l'a vu, plus il est avancé, plus le risque de dépendance est grand, donc plus vous devez cotiser. Ensuite, de l'importance de la rente que

vous souhaitez recevoir. Le choix que vous faites entre dépendance totale et dépendance partielle, voire les deux à la fois, va peser également sur l'addition. Une surprime, parfois de 50%, peut également être exigée si votre état de santé laisse à désirer lors de l'examen initial. Enfin, au cours de la phase d'épargne, les cotisations ont de grande probabilité d'augmenter annuellement (lire plus haut). Certes, vous pouvez toujours refuser de payer davantage, mais votre future rente sera réduite en proportion. Bien entendu, les tarifs varient d'un assureur à l'autre selon le niveau de garanties proposé (niveau de revalorisation des prestations, capital d'aménagement du domicile...), mais sachez que, pour la souscription d'une assurance dépendance totale et partielle, à l'âge de 60 ans, votre cotisation mensuelle sera de l'ordre de 55 euros pour avoir droit à une rente de 1 000 euros par mois (lire notre banc d'essai dans le tableau page 76).

ASSISTANCE Un soutien appréciable pour la famille du parent invalide

Assurance et assistance, l'une ne va pas sans l'autre. C'est pourquoi les assureurs proposent dès la souscription du contrat un service d'écoute et d'informations. De quoi venir en aide aux assurés et détecter, à partir d'un certain âge, d'éventuels signes avant-coureurs de dépendance, ce qui est d'ailleurs leur intérêt bien compris. Et si la dépendance survient, des conseils sont donnés pour aménager le logement, trouver des aides à domicile ou mener à bien des démarches administratives comme, par exemple, la constitution d'un dossier d'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Attention, les prestations se limitent généralement à la délivrance de conseils pratiques. Pas question, sauf exception, de prendre en charge et de gérer les interventions extérieures. Autre mission de l'assistance : l'aide aux « aidants », ces membres de la famille (conjoint, enfants...) qui consacrent une bonne partie de leur temps à s'occuper de leur parent invalide et qui ont grand besoin d'être soutenus au niveau matériel, médical et psychologique. ●

CONTRAT OBSÈQUES Les devis des entreprises funéraires manquent de clarté

Non seulement cet événement douloureux qu'est un décès est parfois imprévisible, mais les frais d'obsèques qui s'ensuivent coûtent toujours plus cher que prévu (jusqu'à 7 000 euros). Deux mauvaises nouvelles, donc, pour les proches du défunt. D'où l'intérêt de prendre une assurance obsèques, afin que cette épreuve soit la moins lourde possible pour la famille, au moins sur le plan financier. Les conditions de souscription sont simples, mais les formules des assureurs le sont moins, ne serait-ce qu'en raison des modes de versement des cotisations, difficiles à décrypter. Il convient aussi de faire particulièrement attention à deux pièges courants : l'opacité des devis des opérateurs funéraires et les modalités, souvent contestables, de la revalorisation du capital garanti.

SOUSCRIPTION Aucun examen de santé ou questionnaire médical n'est demandé

Vous pouvez théoriquement souscrire un contrat obsèques à n'importe quel âge, mais la plupart des assureurs fixent une limite entre 75 et 80 ans. Bien entendu, l'âge est le principal critère pour calculer le coût de l'opération. Ainsi, pour un capital garanti de 6 000 euros, il

faudra payer environ 50 euros par mois à 60 ans et le double quinze ans plus tard. Bon à savoir : il n'y a pas de questionnaire médical à l'entrée. Les formules sont nombreuses (en capital ou en prestations) ainsi que les types de cotisation (viagères, temporaires ou uniques). A vous de choisir celle qui vous convient. Recommandation importante : si vous souscrivez un contrat obsèques, informez-en tous ceux qui sont susceptibles d'être concernés le moment venu et envoyez-leur une copie du contrat. Faute de quoi, l'expérience le prouve, vos cotisations risquent de disparaître avec vous...

CONTRAT EN CAPITAL Exclusivement destiné à payer les frais funéraires

Représentant les deux tiers des formules souscrites, les contrats dits «en capital» sont les plus simples. Comme leur nom l'indique, ils se bornent à garantir, au décès de l'assuré, le versement d'une somme (en général entre 3 000 et 6 000 euros) aux bénéficiaires désignés. Jusqu'en 2013, ce type de contrat avait un gros défaut : rien dans son libellé n'exigeait que le capital serve à payer les frais d'obsèques. Les bénéficiaires pouvaient donc faire ce qu'ils voulaient de cet argent, une liberté pouvant susciter bien des tentations. Le problème est désor-

mais réglé. Une loi récente dispose que tout contrat d'obsèques doit prévoir que le capital constitué soit affecté à l'organisation des funérailles du souscripteur. Seules les sommes excédant le coût des obsèques peuvent être utilisées à sa guise par le bénéficiaire du contrat.

CONTRAT EN PRESTATIONS Si vous voulez tout organiser à l'avance dans le détail

Cette formule a pour objet le financement des obsèques mais aussi leur organisation. Le souscripteur décide à l'avance du déroulement de ses funérailles, du choix de l'entreprise de pompes funèbres (lequel n'a pas à être dicté par l'assureur) à celui de la sépulture (modèle de cercueil, type de cérémonie, inhumation ou crémation...). Dans ce cas, le bénéficiaire du contrat n'est pas un proche, mais un opérateur funéraire conventionné par l'assureur. Il appartient à cet opérateur de respecter scrupuleusement les dispositions contenues dans la «convention obsèques». Une difficulté peut toutefois apparaître quand, inflation oblige, le devis est dépassé (lire plus bas), ce qui est inévitable s'il a été établi dix ou quinze ans auparavant.

DEVIS DES PRESTATIONS Gare aux combines des sociétés funéraires

Bien que plusieurs fois durcie, la loi reste floue sur un point essentiel : que se passe-t-il si les prix des prestations funéraires augmentent plus vite que le devis, ce qui est le cas depuis une vingtaine d'années ? Rien n'oblige alors l'opérateur funéraire à prendre la différence à sa charge. Du coup, les héritiers risquent de devoir payer un complément. Seule parade : demander à l'opérateur, dès la signature du devis, qu'il se contente de la somme prévue. Mais pour sauvegarder ses marges, l'opérateur peut alors ne pas effectuer certaines prestations pourtant prévues. Ou en baisser la qualité, par exemple en lésinant sur l'épaisseur du cercueil. A noter que, pour davantage de transparence, la loi oblige désormais les

Un contrat en «prestations» permet d'organiser tous les détails de vos obsèques avec la société funéraire de votre choix.



PHOTO : SITTIER/REA

HUIT CONTRATS DE GARANTIE OBSÈQUES ET LES TARIFS PROPOSÉS ENTRE 65 ET 75 ANS

Assureur (contrat)	Cotisation mensuelle à payer, selon l'âge de souscription, pour un capital garanti de...									Revalorisation...	
	... 3 000 euros			... 4 000 euros			... 5 000 euros			... des cotisations ⁽¹⁾	... du capital ⁽¹⁾
	65 ans	70 ans	75 ans	65 ans	70 ans	75 ans	65 ans	70 ans	75 ans		
Contrats à cotisations viagères (à verser jusqu'au décès de l'assuré)											
Alptis (Cotisations viagères)	19 euros	24 euros	Sans objet ⁽²⁾	25 euros	31 euros	Sans objet ⁽²⁾	31 euros	39 euros	Sans objet ⁽²⁾	Non	Oui
Thelem (Cotisations viagères)	22 euros	27 euros	33 euros	28 euros	35 euros	44 euros	35 euros	43 euros	54 euros	Non	Oui
Tranquillité Santé (Préven- tion obsèques)	22 euros	28 euros	36 euros	33 euros ⁽³⁾	41 euros ⁽³⁾	54 euros ⁽³⁾	33 euros ⁽³⁾	41 euros ⁽³⁾	54 euros ⁽³⁾	Non	Non
SwissLife (Garantie obsèques)	23 euros	30 euros	41 euros	31 euros	40 euros	55 euros	39 euros	50 euros	69 euros	Non	Non
Direxi (Assurance obsèques)	25 euros	29 euros	41 euros	33 euros	38 euros	55 euros	41 euros	48 euros	68 euros	Non	Oui
Axa (FamilyProtect)	26 euros	33 euros	44 euros	32 euros	41 euros	55 euros	37 euros	48 euros	65 euros	Non	Non
Contrats à cotisations temporaires (à verser pendant une durée limitée de dix ans) ⁽⁴⁾											
Alptis (Cotisations 10 ans)	34 euros	37 euros	39 euros	45 euros	49 euros	51 euros	56 euros	60 euros	62 euros	Oui	Oui
Thelem (Cotisations 10 ans)	46 euros	49 euros	54 euros	35 euros	37 euros	41 euros	57 euros	61 euros	67 euros	Non	Oui

Source: Misterassur.com

(1) Le capital garanti, et parfois les cotisations à verser, peuvent être augmentés chaque année par l'assureur (au minimum, du taux légal de 0,04% pour 2014) pour tenir compte de la hausse des prix.
(2) Souscription au contrat limitée à 70 ans. (3) Pour 4500 euros de capital garanti. (4) En cas de décès avant le terme de dix ans, les bénéficiaires ne perçoivent que le montant des cotisations versées.

Notre banc d'essai des contrats obsèques classiques (garantis en «capital» et non pas en «prestations» funéraires) et à versements programmés montre de gros écarts de tarifs :

entre 15 et 25% selon les offres. Pire, l'une des moins coûteuses (Cotisations viagères, d'Alptis) revalorise chaque année le capital garanti au terme, tandis qu'une des plus chères (FamilyProtect, d'Axa) s'en dispense.

Deuxième enseignement, assez logique : plus on souscrit jeune, moins le tarif est élevé. Mais attention, si votre durée de vie excède de beaucoup la moyenne nationale (79 ans pour les hommes, 85 ans pour les

femmes), vous risquez d'atteindre un montant de cotisations supérieur au capital garanti ! Dans le doute, opter pour un contrat à versement unique ou temporaire (par exemple limité à dix ans) est plus prudent.

opérateurs à fournir un tableau détaillant trois services : les prestations courantes (seules obligatoires), les prestations optionnelles (toilette mortuaire, soins du corps...) et les frais avancés pour le compte de la famille (confection de faire-part, avis dans la presse...).

CARENCE Elle peut durer deux ans pour les décès consécutifs à une maladie

En cas de décès accidentel, tous les contrats prévoient le versement immédiat du capital. Par contre, étant donné

que les contrats obsèques n'exigent ni questionnaire médical ni examen de santé, le décès consécutif à une maladie est souvent soumis à un délai de carence à partir de la date de souscription (il peut varier de six mois à deux ans), pendant lequel, en cas de décès, seules les primes versées sont remboursées. La durée de la carence prend en compte la nature des maladies : durée courte pour celles manifestement imprévisibles, et longue pour celles dont les symptômes ne pouvaient avoir échappé au souscripteur.

Ces délais sont destinés à éviter les abus, comme, par exemple, se faire assurer dès que l'on apprend qu'il ne nous reste plus beaucoup de temps à vivre.



REVALORISATION DU CAPITAL Elle est souvent inférieure à l'inflation

Les contrats obsèques en capital sont toujours souscrits pour une durée indéterminée, puisque celle-ci dépend de la date du décès. Le capital fixé au départ ne peut donc pas tenir compte de

Suite page 84 ►

On peut récupérer son argent à tout moment

► Suite de la page 83

l'évolution de l'inflation. C'est pourquoi beaucoup de contrats prévoient une revalorisation minimale du capital garanti (et parfois des cotisations). Hélas, ce minimum n'est pas souvent calqué sur l'inflation, mais sur un taux «légal» bien inférieur (0,04% en 2014), ce qui finit tout de même par vous faire perdre de l'argent. Une des solutions pour limiter les dégâts est de ne pas souscrire trop jeune, afin de raccourcir la période durant laquelle s'accumulent les écarts entre l'inflation et le taux légal. Autre parade : opter pour le versement d'une prime unique. Mais encore faut-il en avoir les moyens.

MODIFICATION DU CONTRAT Vous pouvez changer d'avis sur tout et à tout instant

Vous avez souscrit un contrat en prestations et vous vous apercevez que le type de sépulture prévu, par exemple une crémation, ne vous convient plus ? Rassurez-vous, la loi vous autorise à changer d'avis.

Vous pouvez modifier à tout moment et à votre guise le contenu des prestations figurant dans la convention obsèques, y compris le choix de l'opérateur funéraire. Votre contrat doit alors intégrer un avenant afin d'être adapté aux nouvelles conditions. Sachez également que si le paiement de vos cotisations devient difficile financièrement, vous avez la possibilité de tout arrêter et de récupérer les sommes versées depuis la souscription. Appelée «rachat», cette faculté ne peut être ni limitée ni interdite par l'assureur. Tout contrat doit même indiquer dans un tableau spécifique les «valeurs de rachat». Mais gare : les frais de gestion, souvent lourds (jusqu'à 10% des versements), ne sont pas récupérables.

TYPE DE COTISATION Quel que soit votre âge, privilégiez la prime unique

Vous avez le choix entre trois types de versements : par prime temporaire (programmée sur une durée variant entre

cinq et vingt ans), par prime viagère (programmée mensuellement jusqu'au décès) ou par prime unique (réglée en une seule fois à la souscription). Lequel est le plus intéressant ? Tout dépend de votre âge au moment de la signature du contrat. Si vous êtes encore jeune, par exemple 60 ans, fuyez la prime viagère. En effet, votre espérance de vie est élevée (environ vingt ans), si bien que vous allez cotiser très longtemps et que, au bout du compte, le total des cotisations versées risque d'être largement supérieur au capital garanti au départ. Ce risque est moins élevé avec une prime temporaire puisque, par définition, la durée de cotisation est plus courte (cela n'est toutefois plus forcément le cas si vous avez 80 ans, car le montant des primes devient dissuasif). Quel que soit votre âge, le mieux est finalement d'opter pour la prime unique, toujours inférieure au capital garanti puisque l'assureur va se rattraper en la faisant fructifier à son profit. ●

LES QUATRE PRINCIPAUX POSTES DE COÛT DES OBSÈQUES À LA LOUPE



Présentation du corps : de 500 à 1 200 euros

Toilette mortuaire et habillage du défunt : gratuits à l'hôpital mais de 80 à 250 euros en chambre funéraire. Hébergement du corps : gratuit à l'hôpital (pendant trois jours), de 180 à 400 euros, transport inclus, dans l'entreprise funéraire. Soins (facultatifs) de conservation du visage : de 250 à 500 euros.



Cercueil et accessoires : de 700 à 3 000 euros

Cercueil : à partir de 500 euros pour une crémation (en pin ou peuplier, planches de 18 mm d'épaisseur), de 600 euros pour une inhumation (en chêne, planches de 22 mm d'épaisseur) et jusqu'à 2 500 euros pour les cercueils les plus élaborés. Housse, capitons et emblèmes : de 200 à 400 euros.



Transport et cérémonie : de 400 à 6 000 euros

Cérémonie : de 400 à 3 000 euros pour la location du corbillard, le convoi du cercueil jusqu'au cimetière, quatre porteurs et la réalisation d'un office (civil ou religieux). Transport du corps d'une ville à une autre : environ 1,50 euro le kilomètre parcouru, tarif portant sur l'aller et le retour du convoi.



Crémation ou inhumation : de 700 à 2 700 euros

Inhumation : de 100 à 500 euros pour le creusement en terre, de 300 à 1 200 pour le dépôt en caveau, 1 000 euros pour la stèle. Crémation : de 80 à 600 euros pour l'urne, de 500 à 800 euros pour l'incinération, de 60 à 350 pour la cérémonie, de 50 à 80 euros pour la dispersion des cendres au cimetière.

LEXIQUE

A **PA** L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), attribuée par les conseils généraux, est destinée à couvrir en partie les dépenses des personnes âgées ayant besoin d'aides pour accomplir des actes essentiels de la vie. Le montant de l'allocation versée pour assurer le maintien à domicile ou pour financer l'hébergement en établissement spécialisé dépend du degré de dépendance de la personne : le plafond mensuel de l'APA varie ainsi de 559 à 1304 euros. Selon le niveau de revenus de l'allocataire, il lui sera demandé une participation, qui viendra diminuer le montant de l'aide.

G **rille** Les assureurs commercialisant des contrats dépendance se réfèrent souvent à des grilles de portée générale pour évaluer le niveau de perte d'autonomie de leurs clients. Et ainsi décider de leur verser ou non la rente garantie à la signature. La grille Aggir distingue six groupes de niveau de dépendance, du plus élevé (personne confinée au lit) au plus faible (personne encore autonome). La grille AVQ établit cinq actes de la vie courante (se lever, se laver, se nourrir...) qu'une personne valide doit pouvoir accomplir seule.

M **édecin-conseil** Ce praticien va étudier le dossier du souscripteur d'un contrat dépendance qui, le jour venu, demande à la compagnie le versement de la prestation

promise (une rente à vie et, éventuellement, un capital pour adapter son domicile au handicap subi). Attention : aux compétences très pointues, mais au service exclusif des intérêts de l'assureur qui l'a missionné, ce médecin peut parfois chercher à minimiser le montant de la prestation ou tout faire pour en retarder son versement.

M **ise en réduction** Opération qui, pour une compagnie d'assurances, consiste à diminuer le montant de la rente dépendance garantie

initialement par contrat dès lors que le souscripteur décide d'arrêter de payer ses cotisations mensuelles. La nouvelle rente va être calculée en proportion de la somme de cotisations effectuées depuis la souscription. A noter : lorsque l'assuré interrompt ses versements avant huit ans, le contrat n'est pas mis en réduction, mais résilié (aucune rente n'est versée, et les cotisations sont conservées par l'assureur).

R **achat** Possibilité offerte de droit à un souscripteur de contrat obsèques de récupérer à tout moment les cotisations antérieurement versées. Les «valeurs de rachat», obligatoirement indiquées sur le contrat pour les huit premières années, correspondent au maximum d'argent récupérable à chaque fin d'année, une fois déduits les frais de gestion.

T **aux légal** Fixé par les pouvoirs publics chaque début d'année (0,04% pour 2014), c'est le taux d'intérêt qui sert habituellement à calculer les pénalités qui sont dues en cas de retard de paiement d'une somme d'argent, dans le domaine civil, commercial ou fiscal. Il constitue également la référence des compagnies d'assurances pour déterminer la revalorisation minimale annuelle du capital garanti de leurs contrats obsèques.

Selon le degré de dépendance, le plafond mensuel de l'allocation personnalisée d'autonomie varie de 559 à 1304 euros.



PHOTO : FOTOLIA



ASSURANCE SCOLAIRE, ANIMAUX ET RETRAITE

Pourquoi donc s'assurer quand ce n'est pas obligatoire ? Pour se rassurer, bien sûr. Et cela, dans tous les domaines de la vie courante. L'école, par exemple. Comment mieux protéger votre enfant des dommages qu'il cause ou qu'il subit, en classe ou sur un terrain de foot, qu'en souscrivant un contrat d'assurance scolaire ? Et vos compagnons à quatre pattes, chiens ou chats pour l'essentiel, pourquoi n'auraient-ils pas droit à des prises en charge spécifiques de leurs petits ou gros bobos ? Enfin,

n'est-il pas indispensable de se préparer financièrement à une échéance qui nous attend tous, la retraite ? Assurance vie, Perp, loi Madelin ou Perco, sans oublier l'immobilier locatif... plusieurs solutions sont là pour ça. A chaque risque, son contrat d'assurance. Profitez-en, mais avec discernement, car les contre-indications ne manquent pas. ●

SOMMAIRE

P. 88 Assurance scolaire

P. 92 Santé des animaux

P. 94 Retraite

**75
euros**

INDEMNITÉ MOYENNE
DE L'ASSUREUR EN CAS
DE DOMMAGE CAUSÉ
À UN ENFANT SCOLARISÉ

3,5%

RENDEMENT MOYEN
ATTEINT EN 2013
PAR LES MEILLEURS
CONTRATS
D'ASSURANCE VIE

**1500
euros**

COÛT D'UNE INTERVENTION
CHIRURGICALE COMPLEXE
RÉALISÉE SUR UN
ANIMAL DE COMPAGNIE



PHOTO : LUDOVIC / REA



ASSURANCE SCOLAIRE Indispensable si des activités facultatives sont prévues

A chaque rentrée des classes, vous êtes approché par les syndicats de parents d'élèves (PEEP ou FCPE) pour souscrire une assurance scolaire. Grâce à un arrêté ministériel, ces syndicats sont autorisés en effet à faire cette démarche dans l'enceinte de l'établissement, ce qui leur permet, dans la foulée, de distribuer des bulletins d'adhésion à leur organisation. Sachez que cette offre n'est pas plus intéressante que celles proposées par des assureurs classiques (lire l'encadré ci-dessous) et que, contrairement à une idée reçue, ce type d'assurance n'a rien d'obligatoire, puisque les principaux risques qu'elle couvre sont souvent déjà pris en charge par d'autres contrats, comme celui de votre multirisque habitation ou, si vous en avez souscrit un, celui garantissant les «accidents de la vie» (lire page 50). Attention quand même : certains de ces contrats, notamment en multirisque habitation, peuvent limiter, voire exclure l'indemnisation des préjudices dans le

cadre des sorties facultatives programmées en dehors des heures de classe. Or, à la suite de la réforme des rythmes scolaires, ces activités ont tendance à se multiplier. Vu le coût modique d'une assurance scolaire, vous en passer n'est donc pas forcément un bon calcul.

COUVERTURE DE BASE De la vitre cassée au bobo pendant la récréation

L'assurance scolaire a pour principal objet la couverture financière des dommages matériels ou corporels causés ou, faute de responsable clairement identifié, subis par votre enfant dans le cadre de sa vie à l'école (y compris durant le trajet domicile-école). Il s'agit le plus souvent d'incidents anodins : lunettes brisées, vêtements déchirés, vitres cassées, écorchures au cours d'une bagarre dans la cour de récréation... Statistiquement, le montant moyen des remboursements octroyés par les compagnies est de l'ordre de 75 euros, d'où la faiblesse du montant des cotisations : à partir de 10 euros par an et jusqu'à un maximum

de 25 à 30 euros (lire le tableau page ci-contre). Sont garantis non seulement les dommages se produisant au sein de l'école mais aussi, pour les meilleurs contrats, en dehors, à condition, dans ce dernier cas, qu'ils soient liés à des activités figurant au programme, comme les séjours linguistiques, les compétitions sportives interscolaires, les sorties culturelles ou les «classes de nature».



GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES Utiles lors d'un séjour linguistique

A l'inverse des assurances scolaires de base, relativement uniformes dans leur contenu, les garanties complémentaires présentent un éventail de prestations et de prix très variables d'une compagnie à l'autre. Certaines d'entre elles acceptent ainsi d'indemniser le vol d'objets précieux, tels qu'un instrument de musique, un blouson de cuir ou un téléphone, la condition minimale étant alors de porter plainte. Ils peuvent aussi couvrir le racket et l'agression, proposant même parfois de rembourser les frais de soutien psychologique. D'autres assureurs offrent également des services d'assistance à la suite d'un accident au cours d'un voyage organisé par l'école, en prenant en charge les frais médicaux à l'étranger ou en mettant à disposition un billet de train (ou d'avion) aller-retour pour un proche. On voit même des contrats couvrant des gardes à domicile, de conduite à l'école ou d'aide au travail scolaire. Dans ces conditions, comme le montre notre comparatif, il faut prévoir un doublement du prix des cotisations.

ÉCOLES PRIVÉES Elles vous imposent parfois la compagnie d'assurances

Contrairement aux écoles publiques, tenues d'appliquer partout en France la même réglementation, chaque établissement de l'enseignement privé est libre de fixer ses propres règles en matière d'assurance scolaire. Il peut ainsi exiger la souscription d'un contrat pour toute

OFFRE DE L'ÉCOLE : NI MEILLEURE NI MOINS CHÈRE

On s' imagine souvent que les contrats proposés à l'école par les syndicats de parents d'élèves sont d'une qualité supérieure aux autres. Faux : la Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public (PEEP), qui a pour partenaire l'assureur MAE, et la Fédération des conseils de parents d'élèves (FCPE), qui travaille avec MMA, présentent des contrats situés dans la moyenne du marché. Prix habituel à l'année : 15 euros.



LES OFFRES DES PRINCIPALES COMPAGNIES ET LES NIVEAUX DE COUVERTURE PROPOSÉS

Assureur (contrat)	Cotisation annuelle ⁽¹⁾	Remb. des frais médicaux ⁽²⁾	Assurance responsabilité civile ⁽³⁾	Garantie extra-scolaire ⁽⁴⁾	Commentaire
MAE (Scolaire simple)	9,90 euros	Frais réels	Oui	Non	Pas de garantie extrascolaire, mais une tarification imbattable.
Axa (Formule 4 sans option racket)	10 euros	200%	Non	Oui	Les tarifs sont dégressifs à partir du deuxième enfant assuré.
Aviva (Formule Zen)	14 euros	300%	Oui ⁽⁵⁾	Non	Très bon marché. Manque seulement la garantie extrascolaire.
Carrefour Banque (Assurance scolaire)	15 euros	200%	Oui	Oui	L'offre de l'hypermarché est d'un excellent rapport qualité-prix.
Aviva (Formule Plus)	20 euros	300%	Oui ⁽⁵⁾	Non	Bon point : soutien psychologique d'urgence à la suite d'une agression
Maaf (Tempo enfants)	21 euros	Frais réels ⁽⁶⁾	Non	Oui	Une garantie «frais de rattrapage scolaire» est intégrée au contrat.
Matmut (Assurance scolaire)	21 euros	Exclu	Oui	Oui ⁽⁷⁾	Pas de garantie accident, mais le racket est inclus (jusqu'à 600 euros).
Axa (Formule 4 avec option racket)	22 euros	200%	Non	Oui	Les plus : garantie «racket» et indemnisation des affaires de sport.
MAE (24/24 simple)	26 euros	Frais réels	Oui	Oui	Option incluse : une garde d'enfant en cas d'accident de l'élève.

(1) Intègre d'office une assurance «individuelle accident» afin de couvrir l'enfant en cas de préjudices matériels ou corporels subis à l'école (sauf pour la Maaf, où cette garantie est exclue).

(2) Suite à un accident de l'enfant. Remboursement exprimé en frais réels ou en pourcentage du tarif de convention de la Sécurité sociale (lire la définition de «Base de remboursement» page 47).

(3) Garantie qui couvre les dommages corporels et matériels que l'enfant peut causer à une autre personne pendant les heures de classe.

(4) Extension de garantie qui couvre l'enfant pour les dommages causés ou subis en dehors de l'établissement scolaire (sport, vacances, voyages à l'étranger...).

(5) Avec une franchise de 38 euros.

(6) Avec un plafond de remboursement de 15250 euros par accident.

(7) Uniquement pour l'enfant scolarisé en maternelle et en primaire.

activité scolaire (voire extrascolaire), qu'elle soit obligatoire ou en option, et même imposer sa compagnie d'assurances. Certains établissements vont jusqu'à proposer aux parents un modèle unique de contrat, souscrit dans le cadre d'une garantie de groupe, auquel cas le coût de l'assurance est généralement inclus dans les frais de scolarité. Financièrement parlant, ce système peut être intéressant, car les cotisations de groupe sont souvent plus compétitives que les cotisations payées à titre individuel. Il y a tout de même un risque pour vous, hélas impossible à éviter, c'est que ce contrat standard fasse double avec ceux que vous avez peut-être signés avec d'autres compagnies d'assurances (multirisque habitation, garantie accidents de la vie...).

LYCÉES TECHNIQUES C'est l'Etat qui indemnise les dommages subis

Si votre enfant poursuit ses études dans une filière technique ou professionnelle, sachez que ses activités ne sont pas cou-

vertes par l'assurance scolaire, mais par la législation sur les accidents du travail. Une telle particularité tient sans doute au fait que la conception des établissements concernés et la nature des matières enseignées aux élèves rappellent davantage le monde de l'entreprise que celui de l'école. Rien n'échappe à cette législation : ni les cours d'enseignement général, ni les récréations, ni les séances de sport, ni même les déplacements à l'intérieur ou à l'extérieur de l'enceinte scolaire. Idem pour les stages obligatoires réalisés dans le cadre de la formation professionnelle. En cas d'accident, c'est l'Etat qui est considéré comme l'employeur de l'élève et va donc verser à celui-ci les indemnités auxquelles il a droit, indépendamment de toute recherche de responsabilité. Un bémol, toutefois : le droit sur les accidents du travail ne s'applique pas aux trajets domicile-établissement. Ajoutons qu'une assurance responsabilité civile (pour les dommages causés à autrui) reste obligatoire pour les activités facultatives.

Avant de renoncer à l'assurance scolaire, mieux vaut donc vérifier que votre multirisque habitation pourvoit à tout cela.

ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES Vers une augmentation des cotisations ?

Le passage de près du quart des élèves à la semaine de quatre jours et demi a rallongé significativement le temps de présence à l'école, et donc augmenté d'autant la période de couverture des risques (même si la réforme se traduit surtout par davantage d'heures de récréation et de garderie, a priori sans danger). A ce changement s'ajoute l'apparition d'activités périscolaires, facultatives ou non, dont on ne connaît pas toujours la nature, mais qui peuvent être sources d'incidents ou d'accidents. Faut-il alors s'attendre à un alourdissement des cotisations ? Pas forcément, promettent les assureurs, expliquant que les enfants sont souvent déjà couverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre. En revanche, les experts font observer que, du fait de

Suite page 90 ►



Les sports à risque ne sont jamais couverts

► Suite de la page 89

la multiplication et de la diversification de ces nouvelles activités, il deviendra impossible de distinguer clairement ce qui relève de l'école de ce qui n'en relève pas, d'où la tentation pour les compagnies d'«assurer large», autrement dit plus cher... Sur ce point, nous en saurons plus à la rentrée 2014-2015.

FRANCHISES Comptez 15 euros pour une roue de bicyclette endommagée

Une assurance scolaire peut comporter une franchise, c'est-à-dire un montant restant à votre charge avant tout remboursement. Vous devez donc vérifier dans votre contrat que cette dernière n'est pas exagérément importante et connaître les situations dans lesquelles elle s'applique. Les montants des dommages étant souvent assez bas (moins d'une centaine d'euros), il y a peu de chances que vous soyez indemnisé de plus de 50 à 60% du préjudice s'il s'agit d'un incident banal, du type tee-shirt déchiré. A noter : dans la plupart des contrats, les modalités d'application de la franchise (quand il y en a une) varient selon la nature du sinistre. Elles peuvent être forfaitaires, du genre 15 euros pour une roue de bicyclette voilée à la suite d'une chute, ou, dans des circonstances plus graves, correspondre à un certain pourcentage du montant de l'indemnisation. Par exemple, 5% de 60 000 euros en cas d'invalidité permanente.



PLAFONDS DE GARANTIE Chaque compagnie a ses propres règles

Peu de contrats prévoient une prise en charge totale des dommages subis. La plupart des compagnies fixent un montant maximal d'indemnisation en fonction du type de sinistre. Ce montant est souvent très inférieur au coût réel des dégâts. Chaque assureur a ses propres plafonds. Pour les frais médicaux, par exemple, une compagnie va les prendre en charge à hauteur de 3 500 euros par an, une autre à 15 250 euros et une troisième à 200% du tarif de la Sécurité sociale (après l'intervention d'une éventuelle complémentaire santé). En cas d'invalidité aussi, les plafonds sont très différents : ils peuvent varier de 50 000 à

200 000 euros, et, le plus souvent, sous réserve que le taux d'invalidité soit supérieur à 10% (cécité d'un œil, perte d'un pouce...). Attention : ce n'est pas simple d'évaluer le degré de générosité des compagnies à partir des plafonds fixés. En effet, chacune a ses points faibles et ses points forts selon les préjudices concernés : stricte dans certains cas, coulante dans d'autres. A vous de vous déterminer en fonction de vos priorités.

EXCLUSIONS Un passager sur le porte-bagages, et la garantie saute

Catch, vol à voile, karaté, spéléo, plongée... Ces sports considérés comme dangereux ne sont évidemment pas couverts par l'assurance scolaire. Et la liste est aussi longue que précise : escalade sans guide qualifié effectuée à plus de 3 000 mètres, saut à ski sur tremplin, cyclisme derrière moto, chute en vélo avec un passager sur le porte-bagages, canotage ou yachting hors des eaux territoriales ou avec un bateau de plus de 5,05 mètres de long... Sont également exclus, en toute logique, les dommages intentionnels et ceux résultant de la participation à une rixe ou consécutifs à l'usage de drogues. Plus discutable, en revanche, est l'absence de garantie pour les petits dégâts (rayures) occasionnés par l'élève à l'instrument de musique qui lui a été confié. Et certains cas posent problème. Exemple : si votre enfant joue au football, peut-il participer sans risque à une compétition interscolaire ? Parfois oui, parfois non : une lecture attentive du contrat ou, mieux, un coup de fil à l'assureur vous apporteront la réponse.

DÉMARCHES EN CAS D'ACCIDENT Avertissez l'assureur sans tarder

Vous disposez en général de cinq jours pour déclarer le sinistre à votre assureur. Mais deux jours seulement en cas de vol, car plus le temps passe, moins il est facile de retrouver le coupable. Toutefois, ne vous inquiétez pas si, pour une raison sérieuse, vous ne respectez pas ce délai. Sauf clause spéciale figurant dans le contrat ou si votre retard a causé un préjudice certain à l'assureur, ce dernier ne pourra vous en tenir rigueur en refusant de vous indemniser. Cela dit, n'hésitez

pas à lui adresser le jour même ou le lendemain de l'incident une lettre recommandée pour lui expliquer les circonstances du sinistre, de quoi lui permettre d'ouvrir un dossier et de vite régler votre problème. Pensez également à recueillir par écrit les témoignages des personnes (élèves ou enseignants) présentes. Enfin, s'il s'agit d'un vol, n'oubliez pas de joindre à votre envoi une copie de votre déclaration au commissariat de police. •

SI VOUS FAITES GARDER VOTRE ENFANT



PHOTO : NASCIMENTO / REA

Vérifiez que la nounou détient une assurance de responsabilité professionnelle.

De 3 mois à 3 ans, la moitié des enfants sont gardés par quelqu'un d'autre qu'un parent. Mieux vaut vérifier que cette personne est bien assurée, au cas où l'enfant serait la victime (ou la cause) d'un accident. Pour une nounou, exigez de voir sa garantie professionnelle et, si elle prend régulièrement l'enfant dans sa voiture, son assurance auto certifiant que l'enfant est déclaré comme passager. S'il s'agit d'une baby-sitter, elle doit avoir souscrit une extension de garantie pour cette activité auprès de sa multirisque habitation (ou celle de ses parents). Pour une jeune fille au pair, demandez à votre propre assureur de l'inscrire en tant que personne hébergée. Attention, si une garde est rémunérée mais non déclarée, l'assureur refusera toute prise en charge.



DÉCOUVREZ VITE LA GAMME Capital

Le magazine



1 an - 12 numéros

Les Hors-Séries



1 an - 6 numéros

40%*
de réduction

PROFITEZ DE VOS AVANTAGES ABONNÉS



Je ne paie rien aujourd'hui, je paierai à réception de ma facture.



Je reçois Capital et ses Hors-Séries chez moi et je suis sûr de ne rater aucun numéro.



Je peux gérer mon abonnement en ligne en créant mon compte sur www.prismashop.fr



Je réalise une économie de 40% par rapport au prix de vente en kiosque



BON D'ABONNEMENT À Capital

Retournez ce bon d'abonnement à :
Capital- Services abonnements
Libre réponse 80002 - 62069 Arras cedex 9

Je choisis mon offre d'abonnement :

☐ **Oui, je m'abonne à la gamme Capital** (12 n^{os} + 6 hors-séries) pour 1 an au prix de **49€⁹⁰** au lieu de 84€^{60*}.

☐ Je préfère m'abonner à Capital seul (1 an-12 n^{os}) pour **31€⁹⁰** au lieu de 45€⁶⁰ (prix kiosque).

Je renvoie mon bon d'abonnement **SANS AFFRANCHIR** et **SANS REGLEMENT**, je paierai à réception de facture.

Je peux aussi m'abonner sur www.prismashop.capital.fr
ou au **0826 963 964** (0,15€/min.)

Mes coordonnées : (obligatoire)

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

CAPH529P

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal

Ville

☐ Je souhaite être Informé(e) des offres commerciales du groupe Prisma Média et de celles de ses partenaires.

IMPORTANT : pour le suivi de votre abonnement, merci d'indiquer ci-dessous votre adresse mail

.....@.....

*Prix de vente au numéro. Offre réservée aux nouveaux abonnés en France Métropolitaine. Délai de livraison du 1^{er} numéro : 4 à 5 semaines après enregistrement de votre règlement. Les informations ci-dessus sont indispensables au traitement par PRISMA MEDIA de votre abonnement. À défaut, votre abonnement ne pourra être mis en place. Ces informations sont communiquées à des sous-traitants pour la gestion de votre abonnement. Par notre intermédiaire, vous pouvez être amenés à recevoir des propositions des partenaires commerciaux du groupe PRISMA MEDIA. Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez cocher la case ci-contre ☐. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations vous concernant auprès du groupe PRISMA MEDIA. Création - réalisation : Amplitude CMD



SANTÉ DES ANIMAUX Gare aux plafonds

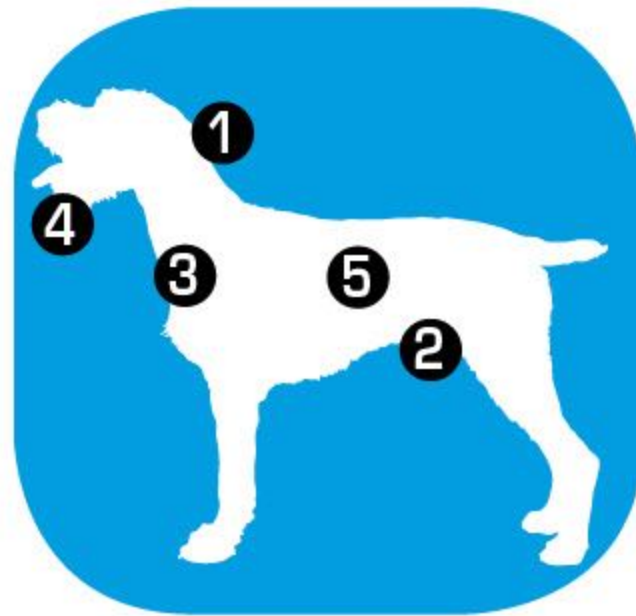
La France compte presque autant d'animaux de compagnie que d'habitants, ce qui fait pas loin de 60 millions. Le quart des foyers possède même à la fois un chien et un chat. Un record en Europe ! Mais ces sympathiques petites bêtes coûtent très cher en soins : entre les examens annuels, les vaccinations et les petits bobos, la note peut atteindre plusieurs centaines d'euros par an. Et elle ne cesse de grimper : + 70% en dix ans. Aujourd'hui, il faut compter environ 60 euros pour une consultation de routine et plus de 1 500 euros pour une intervention chirurgicale un peu compliquée. Du coup, la tentation d'assurer son animal devrait être grande. Curieusement, ce n'est pas le cas. Seulement 4% des animaux de compagnie sont assurés en France. Si vous décidez de franchir le pas, sachez que votre assureur exigera un certain nombre de conditions, notamment au niveau de l'âge de l'animal et des vaccins. Vous devrez ensuite choisir le niveau de garantie qui vous convient. Mais quel que soit le contrat retenu, gare au maquis des franchises, plafonds de remboursement et surprimes qui vont saler la note.



CONDITIONS DE SOUSCRIPTION Trop âgé, votre chien est surtaxé

Pas question d'assurer votre chat ou votre chien s'il n'est pas à jour de ses vaccins, tatoué au dermatographe ou identifié grâce à une puce électronique. Il doit être aussi en bonne santé, ce que le vétérinaire-conseil de l'assureur vérifiera. Des limites d'âge sont souvent exigées : pas moins de 3 mois et rarement plus de 9 ans pour un chien (jusqu'à 10 ou 11 ans pour un chat, censé vivre plus longtemps). Ce critère est essentiel pour les assureurs : trop jeune, l'animal est fragile, trop vieux, ses forces l'ont abandonné et certaines affections le guettent. Attention, même si la cotisation de départ n'est pas beaucoup plus élevée pour un animal âgé, elle n'est pas fixée une fois pour toutes. Elle va souvent subir une augmentation annuelle, sans parler de la surprime de 10 à 15% qui lui sera appliquée une fois passé le

LE COÛT DE CINQ ACTES DE SOINS COURANTS



Sans une bonne mutuelle santé, voici, en moyenne, ce qu'il vous faudra sortir de votre poche. **① Identification** : 60 euros pour un tatouage, 150 euros pour l'implantation d'une puce électronique. **② Stérilisation** : 100 euros pour un chat, 300 euros pour un chien. **③ Vaccinations** : 120 euros par an pour l'ensemble des vaccins préconisés (rage, piroplasmose, typhus...) **④ Détartrage** : 80 euros pour un chien de 20 kilos. **⑤ Opération** : 500 euros pour une rupture de ligament, 800 euros pour une broche sur une patte cassée, 1 800 euros pour une prothèse de hanche.

cap des 12 ans. Le pedigree peut jouer également sur le calcul des primes. Comme tous les animaux de pure race, le bulldog anglais et le dogue de Bordeaux sont ainsi considérés comme des sujets à risque. Mais, au final, c'est le type de contrat choisi qui va compter le plus dans le montant de la prime à payer.

FORMULES Comptez 70 euros par mois pour un contrat haut de gamme

Trois niveaux de prise en charge sont proposés par les assureurs. Dans la formule de base, dite économique, sont couverts les soins courants (consultations du vétérinaire, médicaments,

examens, analyses biologiques...), mais pas toujours les frais de chirurgie et d'hospitalisation, notamment en cas de maladie, ou alors pas intégralement. Cette formule coûte au plus une quinzaine d'euros par mois, mais elle n'indemnise pas grand-chose en cas de gros pépin de santé de l'animal. La formule intermédiaire, dite standard, est plus généreuse, et à tous points de vue. Il faut toutefois compter le double côté tarif. Quant à la formule intégrale, encore appelée haut de gamme, elle offre l'ensemble des services qu'un assuré est en droit d'attendre, plus un large éventail de petites garanties bien utiles, allant de la stérilisation à l'euthanasie, en passant par les soins dentaires, le toilettage ou le gardiennage. Bien sûr, tout cela se paie : jusqu'à 70 euros de cotisation par mois.

EXCLUSION Pitbulls et dogues argentins, des chiens considérés comme hors-la-loi

Bon nombre de frais sont exclus a priori par les compagnies d'assurances. Ne sont ainsi jamais couvertes les maladies héréditaires, chroniques ou congénitales, dont on peut penser qu'elles sont antérieures à la souscription et qu'elles auraient ainsi dû être déclarées par le propriétaire à l'assureur. Sont aussi systématiquement exclues les dépenses engagées sans indication thérapeutique pour l'ablation des griffes ainsi que pour la coupe des oreilles (otectomie) et de la queue (caudectomie). Ces actes sont d'ailleurs interdits par la Convention européenne pour la protection des animaux de compagnie. Même chose pour les opérations de chirurgie esthétique décidées par pure convenance personnelle du propriétaire. Ne sont pas garantis également, sauf à devoir verser une surprime, les dommages causés à votre animal par les chiens agressifs, du type doberman, pitbull ou dogue argentin. Plus curieux, ne sont pris en charge ni la rage ni les accidents de chasse.



CARENCES, FRANCHISES... Tout est prévu pour vous embobiner

Les assureurs débordent d'imagination pour réduire les indemnités qu'ils doivent vous verser en cas de



Attention, piège possible.

de remboursement et aux franchises

sinistre. Ainsi, après la souscription, votre animal ne sera pris effectivement en charge qu'après une période qui peut varier de quelques jours (en cas d'accident) à six mois (pour exclure les maladies qui auraient pu couvrir avant la souscription), voire à deux ans pour un détartrage dentaire ou une stérilisation. Passé ce délai de carence, d'autres dispositions vont permettre à la compagnie de limiter encore plus le montant de vos indemnités. C'est ainsi que les remboursements sont toujours plafonnés, de 500 à 2500 euros par an, selon la gamme de contrats. Certaines interventions chirurgicales particulièrement compliquées sont même soumises à un plafond spécifique. Enfin, une franchise est systématiquement appliquée à

chaque acte, laquelle peut grimper jusqu'à 25 ou 30% de la dépense engagée dans les formules de base. Sans parler des surprimes de cotisation qui vous guettent si votre animal est trop souvent malade. Bref, tout est fait pour que vous en soyez le plus possible de votre poche.

CONSULTATION À BAS PRIX Tournez-vous vers les dispensaires de la SPA

Vos moyens financiers sont limités et vous hésitez à faire soigner votre chien ou votre chat? Sachez que les quatre écoles nationales vétérinaires (Lyon, Maisons-Alfort, Nantes et Toulouse) sont ouvertes à tous, sur rendez-vous ou en urgence, même la nuit, et que leurs prix sont sensiblement inférieurs à ceux des vétérinaires libéraux. Les soins sont

dispensés par des étudiants, mais, rassurez-vous, sous le contrôle de praticiens confirmés. Autre avantage: les équipements permettent de soigner toutes les affections et d'accueillir toutes les bêtes, y compris les nouveaux animaux de compagnie (NAC), tels que les serpents et rongeurs. Faute d'école vétérinaire près de chez vous, vous pouvez vous adresser aux douze dispensaires de la SPA, en principe réservés aux personnes démunies. Les soins sont gratuits, mais un geste de votre part sera le bienvenu. Autres solutions, la Fédération VPTF (Vétérinaires pour tous France) et la Fondation assistance aux animaux, implantée à Marseille, Nice, Bordeaux, Toulon et Paris. Elles pratiquent l'une et l'autre des tarifs réduits. ●

COÛT MENSUEL ET LIMITES DE GARANTIE DES MUTUELLES POUR LES CHIENS ET LES CHATS

Assureur (contrat)	Chien ou chat de 8 ans	Chiot de 3 mois	Chaton de 3 mois	Niveau de remboursement (1)	Plafond de remb. annuel	Frais pris en charge en cas d'accident	Frais pris en charge en cas de maladie	Garanties en supplément
SwissLife (Eco plafond 800)	12 euros	11 euros	10 euros	80%	800 euros	Soins, chirurgie	Chirurgie	Aucune
Assur O'Poil (Eco 1200)	14 euros	13 euros	13 euros	80%	1200 euros	Soins	Soins, chirurgie, hospitalisation	Aucune
Animaux Santé (Essentielle)	Sans objet (2)	15 euros	11 euros	75%	1500 euros	Soins, chirurgie, hospitalisation	Soins, chirurgie, hospitalisation	Aucune
SwissLife (Confort plafond 800)	27 euros	26 euros	26 euros	80%	800 euros	Soins, chirurgie	Soins, chirurgie	Vaccins, stérilisation, détartrage
Assur O'Poil (Intégrale 1200)	30 euros	29 euros	27 euros	80%	1200 euros	Soins, chirurgie	Soins, chirurgie	Vaccins, assistance (3)
Animaux Santé (Confort)	Sans objet (2)	27 euros	24 euros	75%	1500 euros	Soins, chirurgie, hospitalisation	Soins, chirurgie, hospitalisation	Vaccins, assistance (3)
Animaux Santé (Zen)	Sans objet (2)	29 euros	26 euros	80%	1000 euros	Soins, chirurgie, hospitalisation	Soins, chirurgie, hospitalisation	Stérilisation, vaccins, assistance (3)
SwissLife (Intégrale)	66 euros	64 euros	62 euros	100% (4)	2000 euros	Soins, chirurgie	Soins, chirurgie	Stérilisation, vaccins, détartrage
Assur O'Poil (Confort 1700)	70 euros	69 euros	67 euros	100% (4)	1700 euros	Soins, chirurgie	Soins, chirurgie	Vaccins, assistance (3)

Source: Misterassur.com.

Formule économique Formule standard Formule haut de gamme

(1) Par rapport aux dépenses réelles engagées par l'assuré. (2) Animal exclu à partir de 8 ans d'âge. (3) Prise en charge des frais de garde en chenil si l'assuré est hospitalisé. (4) Avec 30 euros de franchise par acte.



RETRAITE Pas d'autre choix que l'épargne pour compenser la baisse des pensions

Conséquence inéluctable du vieillissement de la population et de la dégradation des comptes de l'Etat, les pensions servies par les régimes obligatoires ne peuvent que baisser. D'où un besoin urgent de mettre de l'argent de côté afin de se procurer des revenus supplémentaires et vivre correctement lorsqu'arrivera la retraite. Les contrats proposés par les compagnies d'assurances ont précisément pour objectif de garantir, le moment venu, soit l'octroi d'un capital, soit le versement d'une rente, autrement dit un revenu régulier jusqu'au décès. L'intérêt de ces contrats dépend fortement des avantages fiscaux qui leur sont liés, tant au niveau de la constitution de l'épargne qu'à la sortie. Assurance vie, Perp, Perco, Madelin... Chaque produit a ses avantages et ses inconvénients, à évaluer en fonction de votre situation personnelle, notamment votre taux d'imposition, ou de votre objectif prioritaire, par exemple la transmission de votre patrimoine à vos héritiers. Et puis, n'oubliez pas l'immobilier locatif,

surtout si vous avez moins de 50 ans : vous aurez remboursé votre prêt à l'heure de votre départ en retraite et toucherez vos loyers en toute tranquillité.

ASSURANCE VIE A souscrire sans attendre si vous ne l'avez pas déjà fait

Ce placement reste incontournable pour optimiser votre retraite. Au moins trois raisons à cela : sa souplesse d'utilisation, sa sécurité (en particulier si vous choisissez le fonds en euros) et surtout sa fiscalité très avantageuse malgré quelques coups de griffe. Alors que la taxation des successions et des donations s'est durcie, ce produit est aussi un excellent outil de transmission de votre patrimoine. Côté gestion, tout est possible avec l'assurance vie. Vous pouvez l'alimenter en une seule fois ou en plusieurs, sous forme de versements libres ou programmés (par mois ou par trimestre), et retirer de l'argent à n'importe quel moment en effectuant des « rachats ». Il est également possible d'obtenir une avance via un prêt consenti par l'assureur à un faible taux d'intérêt. Même souplesse dans

le choix des supports d'investissement : vous pouvez miser sur les fonds en euros (donc sans aucun risque) ou sur des supports dits en « unités de compte » (actions, obligations, immobilier), plus risqués à court terme mais dotés d'un potentiel de gains nettement plus élevé. Libre à vous, en outre, de vous occuper vous-même de la gestion de votre contrat ou de la confier à un spécialiste. Comme vous le savez, les rendements des fonds en euros, choisis pour leur sécurité par 80% des épargnants, ne sont plus guère attractifs (autour de 3,50% pour les meilleurs). Pour obtenir mieux, vous devez diversifier vos placements en misant une partie significative de votre investissement, par exemple 20%, sur des unités de compte en actions. Côté fiscalité, sachez que plus votre contrat prend de l'âge, moins vous êtes taxé : vos gains sont soumis aux prélèvements sociaux de 15,5%, puis imposés à 35% pour un retrait d'argent effectué avant quatre ans de détention, à 15% entre quatre et huit ans, et à 7,5% au-delà de huit ans (après abattement, dans ce dernier cas,

CINQ CONTRATS D'ASSURANCE VIE DE QUALITÉ POUR ARRONDIR SES REVENUS

Assureur (contrat)	Performance 2013 ⁽¹⁾	Frais d'entrée (de gestion)	Frais d'arbitrage ⁽²⁾	Ticket d'entrée (versements suivants)	Commentaire
Hélios Sélection (Le Conservateur)	3,75%	3% (0,60%)	0,50% (1 arbitrage gratuit par an)	30 000 euros (5 000 euros)	Excellent contrat, mais le niveau très élevé du ticket d'entrée le réserve aux épargnants aisés.
RES Multisupport (MACSF)	3,40%	1% (0,50%)	0,20% (1 arbitrage gratuit par an)	200 euros (pas de minimum)	Très bons rendements, des frais modiques et une grande accessibilité (à partir de 200 euros).
ING Direct Vie (E-cie Vie)	3,35%	0% (0,60%)	0%	1000 euros (1000 euros)	Un contrat 100% Internet de qualité. Et il est dépourvu de tous frais d'entrée et d'arbitrage.
BforBank Vie (Dolcea)	3,30%	0% (0,60%)	25 euros (2 arbitrages gratuits par an)	2000 euros (100 euros)	Créé en 2009, ce contrat accessible en ligne a jusqu'ici affiché de superbes performances.
Batiretraite Multi-Compte (SMABTP)	3,01%	2,5% (0,84%)	0,50% (1 arbitrage gratuit par an)	500 euros (500 euros)	Produit fiable sur le long terme, qui offre la possibilité de sécuriser progressivement ses gains.

(1) Performance du fonds en euros sans risque, nette de frais de gestion. (2) Frais prélevés lors du transfert d'argent d'un fonds à un autre.



de 4 600 euros par an pour un célibataire et du double pour un couple). Dernier avantage : vous pouvez désigner les personnes qui, à votre décès, bénéficieront de l'épargne accumulée. Celle-ci ne faisant pas partie de votre succession, chaque bénéficiaire pourra recevoir jusqu'à 152 500 euros en franchise d'impôts, l'excédent perçu n'étant taxé qu'à 20% pour les 700 000 euros suivants, puis à 31,25% au-delà.



PERP Plus attractif pour les gros contribuables que pour les petits

L'objectif annoncé du Perp (plan d'épargne retraite populaire) est de vous procurer un complément de revenus au moment de la retraite, avec, pour vous inciter à souscrire, un gros bonus fiscal à l'entrée. Comme pour l'assurance vie, vos versements sont libres ou programmés et peuvent être investis sur des fonds très diversifiés. La solution la moins risquée est de privilégier le fonds en euros, et de miser sur des fonds actions pour espérer des gains plus élevés. Mais gare aux aléas boursiers ! Attention aussi, hormis de rares circonstances, par exemple l'invalidité, le décès du conjoint ou du partenaire pacsé, le surendettement ou encore si vous êtes au chômage et en fin de droits, vous ne pouvez pas toucher à votre Perp avant l'âge de la retraite. Pour réduire la durée d'immobilisation de vos économies, le mieux est donc de souscrire après vos

50 ans. Dans tous les cas, la sortie devra s'effectuer à 80% au moins sous forme de rente viagère. Pour les 20% d'épargne récupérables en capital, vous avez deux possibilités fiscales, soit payer l'impôt sur le revenu, soit vous acquitter d'un prélèvement libératoire de 7,5%, plus 0,5% de CRDS. Bon à savoir, vous pouvez récupérer 100% du capital accumulé en cas d'achat de votre première résidence principale (mais la somme sera alors taxée à l'impôt sur le revenu et soumise aux prélèvements sociaux). L'atout majeur du Perp reste sa fiscalité à l'entrée : les versements sont déductibles du revenu imposable dans la limite de 10% de celui-ci. Pour que l'avantage joue à plein, il faut toutefois être très imposé. Logique : l'économie réalisée est proportionnelle à votre taux marginal d'imposition. Pour 1 000 euros versés sur un Perp, l'économie d'impôt n'est ainsi que de 140 euros au taux de 14%, mais elle grimpe à 410 euros si on est à 41%. Sachez enfin que la rente perçue à la retraite sera taxée comme une pension, après seulement 10% d'abattement : de quoi réduire sensiblement le gain fiscal obtenu durant la phase d'épargne.

MADÉLIN Ce contrat n'est pas fait pour vous si vous êtes encore très jeune

Les contrats Madelin sont réservés aux travailleurs indépendants hors secteur agricole, par exemple les commerçants, artisans et professions libérales. Ils leur

permettent de percevoir une rente viagère à la retraite. Sa fiscalité est très attractive, puisque les cotisations sont déductibles du bénéfice imposable. Durant la phase d'épargne, vous vous engagez à verser, jusqu'à votre retraite, un montant minimal annuel. Impossible d'interrompre les versements, mais la cotisation est modulable (elle varie dans une proportion de 1 à 15). A vous de choisir entre le fonds en euros, au capital garanti mais au rendement modeste, et des supports plus risqués, en actions ou en obligations. Si vous êtes proche de la retraite, le fonds en euros est à privilégier. Mais si vous avez 35 ou 40 ans, ne craignez pas de miser une partie de votre épargne sur des supports boursiers ou immobiliers, le risque de perte étant faible sur une longue durée. Enfin, si vous êtes très jeune, sachez que le Madelin n'est pas fait pour vous. Méfiez-vous des frais prélevés sur chaque versement, souvent excessifs (jusqu'à 4%), et n'hésitez pas à les négocier. Des déblocages anticipés sont prévus dans quelques cas précis : invalidité d'au moins 80%, cessation d'activité pour cause de liquidation judiciaire, décès du conjoint ou du partenaire pacsé, surendettement... Côté fiscalité, principal atout des contrats Madelin, les versements sont déductibles dans la limite de 10% du plafond annuel de la Sécurité sociale (soit 3 755 euros en 2014). A cela

Suite page 96 ►

CINQ PERP POUR RÉDUIRE SES IMPÔTS ET OBTENIR LE VERSEMENT D'UNE RENTE À VIE

Contrat (établissement)	Performance 2013 ⁽¹⁾	Frais d'entrée (de gestion)	Frais de transfert ⁽²⁾ (d'arbitrage) ⁽³⁾	Nombre de fonds boursiers	Commentaire
Conservateur Perp (Le Conservateur)	4,10%	4,5% (0,70%)	5% (1%)	7	Le Perp le plus rémunérateur du marché. Mais les frais d'entrée et de gestion sont trop élevés.
Carac Perspective (Carac)	3,50%	4,50% (0,45%)	2% (sans objet)	Aucun	Contrat performant, avec des frais de transfert légers. Un regret : l'absence de fonds boursiers.
Perspectives Génération (Apicil)	3,50%	4,50% (0,60%)	5% (0,60%)	7	Rendements élevés et réguliers. Perp accessible en versements mensuels à partir de 50 euros.
Batiretraite Perp (SMABTP)	3%	3% (0,60%)	5% (1%)	24	Une large gamme de fonds et plusieurs options de sortie en rente (annuités garanties, paliers...)
Concordances Perp (Legal & General)	3%	0% (0,85%)	5% (0,50%)	18	Avantages : pas de frais d'entrée, une belle palette de fonds et 12 arbitrages gratuits par an.

(1) Performance du fonds en euros sans risque, nette de frais de gestion. (2) Pénalités appliquées sur le capital en cas de transfert du Perp dans un autre établissement (l'opération est gratuite après dix ans de souscription). (3) Frais prélevés lors du transfert d'argent d'un fonds à un autre.



Moins de 35% des salariés alimentent leur Perco

► Suite de la page 95

s'ajoute une déduction supplémentaire, égale à 25% de la fraction du bénéfice imposable compris entre 1 et 8 fois ce plafond. Pour les hauts revenus, la déduction peut ainsi monter jusqu'à 69 464 euros. Très avantageux, même si, à l'image du Perp, la rente perçue à l'échéance sera taxée comme une pension de retraite, après 10% d'abattement.

PERCO Une bonne solution pour vous aider à acquérir votre logement

Plus de 150 000 entreprises proposent à leurs salariés de les aider à préparer leurs vieux jours grâce au Perco (plan d'épargne pour la retraite collectif), mais seulement 1 million d'employés y souscrivent, alors que plus de 3 millions pourraient en profiter. Les atouts de ce placement sont pourtant considérables : vous pouvez loger sur un Perco non seulement votre participation et votre intéressement, mais aussi des versements volontaires avec, à la clé, de gros avantages fiscaux et, surtout, un sérieux coup de pouce de votre employeur. Celui-ci va compléter vos versements par un «abondement», par exemple 30, 50 ou 100% de votre mise, et même jusqu'à 300%. Mieux, cet abondement ne subit ni impôt sur le revenu, ni cotisations sociales, juste un prélèvement de 8%. Une fois à la retraite, vous pouvez choisir entre une rente à vie ou un capital, un avantage majeur par rapport à d'autres produits d'épargne (Perp, Madelin) qui ne le proposent pas, avec, en plus, une fiscalité favorable : tous les gains sont exonérés d'impôts et la rente n'est taxée, au maximum, qu'à 40% de son montant. Seul point noir du Perco : le blocage de l'épargne jusqu'à la retraite, sauf circonstances exceptionnelles (décès du conjoint, surendettement...). Mais, là encore, le Perco innove en vous autorisant à récupérer votre mise en cas d'achat de votre résidence principale. Vous avez donc intérêt à souscrire jeune, car le Perco vous aidera plus tard à payer votre logement. Attention, calculez vos versements pour profiter au maximum de l'abondement, c'est bien, mais inutile de faire plus. Au-delà de cette optimisation, mieux vaut investir dans un PEE

ZOOM SUR UN INVESTISSEMENT LOCATIF NEUF EN MEUBLÉ

Déroulement de l'opération*	Données chiffrées	Commentaire
Prix d'acquisition du logement neuf en 2014	153 000 euros	Achat d'un deux-pièces meublé, financé par un crédit à 3,30% sur 15 ans, dans une résidence de services pour seniors située à Strasbourg. La TVA à 20% est récupérée.
Loyer annuel garanti par contrat	6 500 euros	L'exploitant de la résidence garantit à l'investisseur le versement d'un loyer égal à 4,25% du prix d'achat du bien meublé, pendant une durée de 11 ans (renouvelable).
Charges annuelles déductibles des loyers	5 630 euros	Sont déduits des loyers : les intérêts du prêt (5 050 euros la première année), la taxe foncière (400 euros par an) ainsi que les charges de copropriété (180 euros par an).
Amortissement annuel moyen sur 30 ans	4 760 euros	Le prix du logement est amorti sur 30 ans (3,33% par an), le mobilier sur 10 ans (10% par an). Soit, en moyenne annuelle, 4 760 euros qui sont déduits des loyers imposables.
Rendement annuel net de l'opération	5,40%	Le logement est revendu en 2044, soit 30 ans après sa date d'acquisition, et au même prix. A signaler : les loyers et les charges associées ont été revalorisés de 2% par an.

* L'opération est réalisée par un couple imposé à la tranche de 41%.

(plan d'épargne entreprise) qui offre les mêmes avantages que le Perco, mais sans bloquer l'épargne plus de cinq ans.



IMMOBILIER LOCATIF Le bonus fiscal n'est pas le plus important

La pierre doit occuper une place de choix dans la préparation de votre retraite, mais il faut vous y prendre tôt. Scénario idéal : vous achetez un bien locatif à 45 ans et vous achevez de le payer l'année où vous quittez la vie active, les loyers servant alors de complément à votre pension. Entre-temps, vous aurez déduit les intérêts d'emprunt de vos loyers, réduisant ainsi la note du fisc. Et comme le crédit est bon marché aujourd'hui, c'est le moment de vous lancer. Sachez d'abord que, moins chers et souvent mieux situés que le neuf, les logements anciens offrent des rendements plus élevés, surtout en meublé. Certes, vous aurez des équipements à payer et les locataires changeront souvent, mais les loyers que vous toucherez seront supérieurs à ceux d'un logement vide. Et puis, cette rentabilité ne sera pas rognée par l'impôt grâce à la fiscalité dorée des meublés, qui permet de déduire de vos loyers toutes les charges (intérêts du prêt, travaux...), mais aussi d'amortir

le prix des murs et des meubles. Même chose dans le neuf, où le meublé offre également des perspectives attrayantes. Pour une formule clés en main, visez les résidences pour seniors ou étudiants. Le bien que vous achetez est alors loué au gestionnaire de la résidence, via un bail commercial de neuf à onze ans. Pas de souci de gestion, donc, puisque l'exploitant vous verse vos loyers, même si le bien est inoccupé. Mieux, vous aller récupérer la TVA sur le prix d'achat. Le risque, l'expérience le prouve, c'est la faillite de l'exploitant. D'où la nécessité d'en choisir un qui soit fiable. Sinon, pour investir, il y a deux possibilités. Soit profiter de l'avantage fiscal Censi-Bouvard, qui offre une réduction d'impôts de 11%. Soit ne pas en profiter, ce qui est souvent conseillé, car vous pourrez alors déduire de vos loyers l'amortissement du logement (lire le tableau ci-dessus). Du côté de la location non meublée, le dispositif Duflot a pris la relève du Scellier, mais il est moins rentable. Quoi qu'il en soit, si vous visez un complément de revenu pour votre retraite, ne soyez pas obnubilé par la carotte fiscale. L'important est de louer votre bien dans de bonnes conditions. Et ici, le critère déterminant, c'est l'emplacement. ●



LEXIQUE

C RDS La contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) est un impôt qui a été créé en 1996 afin de résorber l'endettement de la Sécurité sociale. Son taux, invariable, est de 0,5%, et, exceptions faites des minima sociaux, des allocations de solidarité et des salaires des apprentis et stagiaires, il s'applique à tous les revenus : salaires, primes et indemnités, revenus du patrimoine, produits issus de la vente de bijoux et d'objets d'art, revenus des jeux de hasard, pensions de retraite et d'invalidité, rentes, allocations chômage, allocations de la Sécurité sociale...

Fonds en euros C'est le support d'investissement sans risque des assurances vie, Perp et contrats en loi Madelin. Investis en emprunts d'Etat des pays de la zone euro, les fonds en euros garantissent à l'épargnant que, quelle que soit l'évolution des marchés, il ne subira aucune perte (le rendement moyen se situe autour de 3% en 2013). Les profits annuels dégagés par un fonds en euros doivent être reversés à 85% au minimum aux assurés. Le solde, mis de côté pour faire face à des années moins favorables et lisser les rendements, doit leur être reversé dans un délai de huit ans.

Meublé La location d'un logement meublé doit répondre à des normes de confort. En résidence neuve, c'est l'exploitant à qui l'on a confié la gestion du bien qui s'occupe

de tout. Dans l'ancien, c'est à l'investisseur de faire le nécessaire. Et de garnir son logement d'au moins un lit, avec couette ou couverture, une table, des chaises, un placard, des luminaires partout, des rideaux dans la chambre et dans la cuisine, tous les équipements destinés à préparer le repas (plaques de cuisson, réfrigérateur, poêles et casseroles, vaisselle). A noter : dans les villes de plus de 200 000 habitants, le meublé «touristique» (location à la semaine ou au mois) est soumis à l'autorisation de la mairie (qui, le plus souvent, refusera de donner son accord).

NAC Appartenant à des espèces animales autres que celles soumises à la législation sur les carnivores domestiques (chiens et chats principalement), les nouveaux animaux de compagnie (NAC) sont de plus en plus appréciés des Français. En plus des classiques lapins, cochons d'Inde ou tortues, sont catalogués comme NAC des animaux plus exotiques, et parfois dangereux, comme les serpents, les lézards, les araignées, les fennecs, les porcs ou encore les singes...

PEE Dispositif d'épargne collectif facultatif mis en place par les employeurs qui le souhaitent en faveur de leurs salariés. Cousin du Perco, le plan d'épargne entreprise (PEE) permet aux salariés de faire fructifier leurs économies en misant dans des supports d'investissement plus ou moins risqués (fonds actions, obligations, immobilier...), le tout dans les mêmes conditions avantageuses (gains récupérés en totale franchise d'impôts et primes versées par l'employeur). Autre avantage : l'épargne est récupérable au bout de cinq ans, alors qu'elle est généralement bloquée jusqu'à l'âge du départ en retraite avec un Perco.

Unité de compte Dans un contrat d'assurance vie, les supports d'investissements autres que le fonds en euros sans risque. Une unité de compte (UC) est donc une fraction de fonds financiers, lesquels sont généralement composés d'actions d'entreprises cotées en Bourse, d'obligations d'Etat ou du secteur privé... En misant sur ce type de supports, le souscripteur prend à sa charge le risque de perte en capital.

PHOTO : FOTOLIA



Pour louer son bien en meublé et profiter d'une fiscalité dorée, l'investisseur doit notamment y installer un lit.

DES COMPARATEURS SUR CAPITAL.FR

Pour être bien couvert et au meilleur prix

En complément de ce numéro spécial truffé de conseils pour bien choisir son niveau de garantie, décoder les termes jargonneux dans les contrats ou encore repérer les pièges de certaines clauses, vous trouverez sur Capital.fr plusieurs comparateurs d'assurances, tous indépendants, 100% transparents et gratuits, qui vous permettront d'être bien couverts et au meilleur prix. Ils sont accessibles, selon les cas, par le menu déroulant de la rubrique Finances perso ou de l'onglet Retraite.

Un comparateur d'assurances auto et un autre pour les voitures sans permis

Entre la garantie «au tiers» et la garantie «tous risques», les formules intermédiaires sont infinies. Et il faut être très vigilant sur les niveaux de franchise et le contenu des clauses vol, bris de glace, incendie, tempête, inondation, accessoires... Pour trouver la bonne assurance pour votre voiture, nos deux comparateurs vous simplifieront grandement la vie.

Un comparateur d'assurances habitation

Entre 100 et 1 000 euros par an, selon la taille du logement et la qualité des garanties, c'est ce que coûte une multirisque habitation, assurance qui couvre les dommages au logement, intègre une garantie responsabilité civile et, parfois, une protection juridique. Testez ce comparateur qui peut vous faire découvrir un contrat plus protecteur que le vôtre et pour un tarif plus léger.

Un comparateur d'assurances santé

Après avoir lu ce guide, vous savez que le choix entre mutuelle et assureur importe peu, quel niveau de couverture – bas, moyen, élevé – est le plus approprié à votre cas, comment vous repérer dans le maquis des taux de remboursement... Alors, vous êtes dans les

conditions idéales pour profiter des services de notre comparateur d'assurances santé. Il ne prendra pas plus de trois minutes de votre temps.

Un comparateur d'assurances vie et un autre de contrats Madelin

Frais sur les versements et l'encours, performances à long terme des fonds en euro et des différents supports d'investissement, possibilité ou non de gérer l'épargne en ligne... Plusieurs centaines de contrats sont ainsi passés au crible par nos comparateurs d'assurances vie et de contrats Madelin. Ils vous permettront, en fonction de vos critères de sélection, de découvrir les meilleurs produits du marché, donc de faire fructifier au mieux votre épargne grâce à l'assurance vie qui offre un cadre fiscal privilégié, et, si vous êtes travailleur indépendant, votre épargne retraite avec le dispositif Madelin, apprécié pour la déduction fiscale sur les versements.

Un comparateur de conventions obsèques

Avec cette formule, qui permet de financer ses funérailles, voire de les organiser, et ainsi de soulager ses proches dans un moment difficile, l'argent peut être versé sous quarante-huit heures à la famille ou directement à l'entreprise de pompes funèbres. Même avec les meilleurs contrats d'assurance obsèques que vous obtiendrez grâce à notre comparateur, ne souscrivez pas trop tôt, car l'épargne versée est faiblement valorisée.

Un comparateur d'assurances animaux

Il existe plusieurs formules d'assurance pour chien et chat, qui éviteront à leurs maîtres d'avoir à supporter de lourdes dépenses de santé animale. Mais gare aux restrictions de garanties et au rapport qualité-prix. Notre comparateur vous aidera à faire le bon choix pour cette assurance encore méconnue en France, où seulement 2 à 3% des maîtres en ont souscrit une pour leurs compagnons, contre 20% au Royaume-Uni et même 80% en Suède. ●

PHOTO : FOTOLIA





Avec la Garantie Emprunteur de la Macif, assurez votre prêt immobilier et économisez jusqu'à 10 000 euros⁽¹⁾

Pour votre crédit immobilier, vous avez le droit de choisir votre assurance de prêt. Parce que la Macif est experte en assurance, avec le contrat Garantie Emprunteur de la Macif, vous bénéficiez :

- d'une souscription simple et rapide ;
- d'une assurance répondant aux exigences des établissements bancaires⁽²⁾ ;
- d'un accompagnement personnalisé dans vos démarches.

**Renseignez-vous au 04 78 62 16 62 (prix d'un appel non surtaxé)
www.macif.fr rubrique Garantie Emprunteur.**

(1) Soumis à conditions. Exemple pour un couple de 30 ans, employés non fumeurs assurés à 100 % chacun sur les garanties décès/incapacité/invalidité, sur un prêt de 150 000 € sur 20 ans au taux de 3,5 % (hors assurance) : le coût moyen de l'assurance bancaire est de 0,28 % du capital emprunté / an/personne soit 16 800 € sur la durée du prêt. Le coût total de la Garantie Emprunteur de la Macif est de 6 700 € (soit 0,11% du capital emprunté/an /personne) : une économie de plus de 10 000 €.

(2) Selon législation en vigueur et sous réserve d'acceptation par l'assureur.



Le contrat Garantie Emprunteur de la Macif est assuré par Macif-Mutualité : mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française. SIREN : 779 558 501. Siège social : Carré Haussmann-22/28, rue Joubert 75435 Paris Cedex 9.

Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France et des cadres et salariés de l'Industrie et du Commerce. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 2 et 4, rue de Pied de Fond 79000 Niort.



**LA SOLIDARITÉ
EST UNE FORCE**



1 FRANÇAIS SUR 3
— ÉPARGNE —
À LA BANQUE POSTALE ⁽¹⁾

VOUS AUSSI DÉCOUVREZ
LES SOLUTIONS D'ÉPARGNE ADAPTÉES
À VOTRE PROJET PATRIMONIAL
ET VOTRE BUDGET

**J'AI CHOISI LA BANQUE
QUI ME PROPOSE
UNE ASSURANCE VIE
À MA MESURE**



BANQUE ET CITOYENNE

36 39 ⁽²⁾ ■ LABANQUEPOSTALE.FR ⁽³⁾ ■ BUREAUX DE POSTE ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Sources au 01/01/2012 : La Banque Postale / INSEE. ⁽²⁾ 0,15 € TTC/min + surcoût éventuel selon opérateur. ⁽³⁾ Coût de connexion selon le fournisseur d'accès. ⁽⁴⁾ En fonction des jours et des horaires d'ouverture. La Banque Postale – Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 3 413 734 750 € – Siège social et adresse postale : 115, rue de Sèvres – 75 275 Paris Cedex 06 – RCS Paris 421 100 645 – Code APE 6419Z, intermédiaire d'assurance, immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 023 424.