



LES ASSURANCES DE PERSONNES : MODE D'EMPLOI



LES ASSURANCES DE PERSONNES : MODE D'EMPLOI

Les assurances de personnes protègent les individus contre les conséquences financières liées à des événements affectant leur vie, leur santé ou leur capacité à travailler.

Contrairement aux assurances de dommages, qui couvrent les conséquences d'un sinistre touchant des biens ou des personnes, elles protègent financièrement l'assuré ou ses proches face aux aléas de la vie.

SOMMAIRE

- 1 ASSURANCE EMRUNTEUR
- 2 ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
- 3 ASSURANCE OBSÈQUES
- 4 ASSURANCE GARANTIE ACCIDENTS DE LA VIE (GAV)





L'ASSURANCE EMPRUNTEUR



1.1

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR ?



QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR ?



L'assurance emprunteur est un contrat couvrant les risques de non-remboursement par l'assuré des échéances d'un prêt en cas de décès, d'incapacité, d'invalidité.

1.2

L'ASSURANCE EMPRUNTEUR EST-ELLE OBLIGATOIRE EN CAS DE CRÉDIT IMMOBILIER ?



L'ASSURANCE EMPRUNTEUR EST-ELLE OBLIGATOIRE EN CAS DE CRÉDIT IMMOBILIER ?

QUIZ :

Un banquier vient de m'accorder un prêt pour l'achat d'une maison.

VRAI ou FAUX : Suis-je obligé(e) de souscrire un contrat assurance emprunteur ?

L'ASSURANCE EMPRUNTEUR EST-ELLE OBLIGATOIRE EN CAS DE CRÉDIT IMMOBILIER ?

FAUX

La réglementation n'impose pas à un emprunteur de souscrire une assurance. En pratique, les banquiers conditionnent l'octroi du prêt à la souscription d'une assurance. Sachez que vous êtes libres de choisir un autre contrat d'assurance que celui qui vous est proposé par le banquier dès lors qu'il présente des garanties équivalentes.

1.3

À QUOI DOIS-JE FAIRE ATTENTION AVANT DE SOUSCRIRE UN CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR?



À QUOI DOIS-JE FAIRE ATTENTION AVANT DE SOUSCRIRE UN CONTRAT ?

Prenez le temps de comparer les offres et lisez soigneusement les documents qui vous sont remis par les professionnels.

Soyez attentifs aux points suivants. Ils peuvent varier fortement d'un contrat à l'autre :

- Le(s) délai(s) de carence ou délai(s) d'attente ou bien encore le(s) délai(s) de franchise ;
- Les exclusions de garantie figurant dans les conditions générales du contrat (selon les sports que vous pratiquez par exemple) mais aussi les exclusions qui seraient liées à vos déclarations de santé. **Attention**, certains contrats prévoient l'exclusion de la prise en charge des sinistres liés à des maladies antérieures à l'adhésion ;
- Les limites d'âge pour solliciter la mise en jeu des garanties ou l'âge auquel cessera le versement des prestations ;
- D'autres limitations de garanties comme celles nécessitant une hospitalisation pour la prise en charge de certaines pathologies ;
- Le mode de prise en charge (forfaitaire ou indemnitaire).

1.4

PUIS-JE RÉSILIER MON CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR À TOUT MOMENT ?



PUIS-JE RÉSILIER MON CONTRAT D'ASSURANCE À TOUT MOMENT ?

QUIZ :

J'ai réalisé via un comparateur d'assurance plusieurs simulations et les offres sont plus avantageuses que le contrat que j'ai souscrit.

VRAI ou FAUX : Puis-je résilier mon contrat d'assurance sans attendre la date anniversaire de celui-ci et sans délai de préavis ?

PUIS-JE RÉSILIER MON CONTRAT D'ASSURANCE À TOUT MOMENT ?

VRAI

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance à tout moment et choisir un nouveau contrat moins cher avec des garanties équivalentes.

2

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



2.1

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?



QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

L'assurance complémentaire santé est un contrat d'assurance qui permet de **rembourser tout ou partie** des **frais de santé non pris en charge** par la **Sécurité sociale**. Par exemple : lunettes, prothèses dentaires, dépassements d'honoraires, hospitalisation, etc.



- Toute **personne affiliée** à l'assurance maladie peut souscrire une **complémentaire santé à titre individuel**. Toutefois, **les salariés du secteur privé** bénéficient généralement d'une **complémentaire santé collective obligatoire** proposée par leur employeur.
- Depuis 2022, **les agents publics** bénéficient d'une prise en charge partielle de leur complémentaire santé par leur employeur. Ce dispositif transitoire sera progressivement **remplacé par un régime collectif obligatoire**, généralisé à l'ensemble de la fonction publique d'ici 2026.
- Les **personnes à faibles ressources** peuvent bénéficier de la **Complémentaire santé solidaire (C2S)**, gratuite ou à moins d'1 € par jour selon les revenus.

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

Cas du demandeur d'emploi :

1. Portabilité de l'ancienne mutuelle d'entreprise

Si le contrat le prévoit, le demandeur d'emploi conserve **gratuitement** son ancienne mutuelle pendant **jusqu'à 12 mois**, après son départ de l'entreprise à condition d'être indemnisé par l'assurance chômage



2. Complémentaire santé solidaire (C2S)

Si ses ressources sont modestes, il peut bénéficier de la **C2S**,

3. Autres solutions

- **Demander le rattachement à la mutuelle du conjoint** (si celui-ci est salarié).
- **Souscrire individuellement** à une mutuelle
- **Se renseigner auprès de la mairie ou du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)** pour savoir s'il existe **une mutuelle communale**.

2.2

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT ?



QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT ?

1. L'assuré principal

L'assuré est la personne titulaire du contrat. Il peut s'agir :

- ☐ D'un salarié (adhésion à un contrat groupe proposé par son employeur),
- ☐ D'un agent public,
- ☐ D'un travailleur indépendant,
- ☐ Ou d'un particulier ayant souscrit un contrat d'assurance complémentaire individuel.

Il bénéficie des garanties prévues au contrat pour le remboursement des frais de santé non couverts par la Sécurité sociale.

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT ?

2. Les ayants droit

Les ayants droit sont les proches de l'assuré qui peuvent être rattachés à son contrat pour bénéficier des mêmes garanties.

Ce rattachement est soumis à conditions selon les organismes d'assurance :

- Ne pas avoir déjà une complémentaire santé individuelle
- Être déclaré à la Sécurité sociale comme ayant droit
- Fournir les justificatifs nécessaires (formulaires spécifiques selon le lien)

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT ?

3. Cas particulier : Complémentaire santé solidaire (C2S)

La C2S est une aide destinée aux personnes à faibles ressources. Elle couvre l'ensemble du foyer :

- L'assuré principal
- Son conjoint, concubin ou partenaire de PACS
- Ses enfants à charge

Les bénéficiaires doivent résider de manière stable en France et respecter les plafonds de ressources.



2.3

QUELS SONT LES SOINS REMBOURSÉS PAR LES ASSUREURS ?



QUELS SONT LES SOINS REMBOURSÉS PAR LES ASSUREURS ?

Cela varie selon les contrats.

Cependant, 6 grands postes de soins sont communs à la majorité des contrats vendus sur le marché de la complémentaire santé. Il s'agit :

- ☐ Hospitalisation
- ☐ Soins dentaires
- ☐ Optique
- ☐ Audiologie
- ☐ Médecines douces et soins non remboursés
- ☐ Dépassements d'honoraires

2.4

QU'EST-CE QUE LE 100 % SANTÉ ?



QU'EST-CE QUE LE 100 % SANTÉ ?

Le 100 % Santé est un dispositif permettant aux bénéficiaires d'une complémentaire santé de se faire rembourser certains soins sans reste à charge.

Ce dispositif concerne :

- L'optique : lunettes de vue avec montures et verres correcteurs.
- Le dentaire : couronnes, bridges, prothèses dentaires.
- L'audiologie : aides auditives.

Pour en bénéficier, il faut avoir :

- Une complémentaire santé dite "responsable" (la majorité des contrats le sont).
- Ou une complémentaire santé solidaire (C2S).



2.5

SUR QUELLES BASES SONT REMBOURSÉS LES SOINS ?



SUR QUELLES BASES SONT REMBOURSÉS LES SOINS ?

1. Remboursement selon la Base de Remboursement de la sécurité sociale (BR ou BRSS)

La Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) est un tarif de référence fixé pour chaque acte médical.

La sécurité sociale rembourse un pourcentage de cette base, et la complémentaire santé complète selon le contrat souscrit.

SUR QUELLES BASES SONT REMBOURSÉS LES SOINS ?

Exemple de calcul de remboursement
d'une consultation médicale à 60 € avec
une complémentaire santé à 200 % de la
BRSS :

Calcul du remboursement d'une consultation médicale à 60 €



msteoz

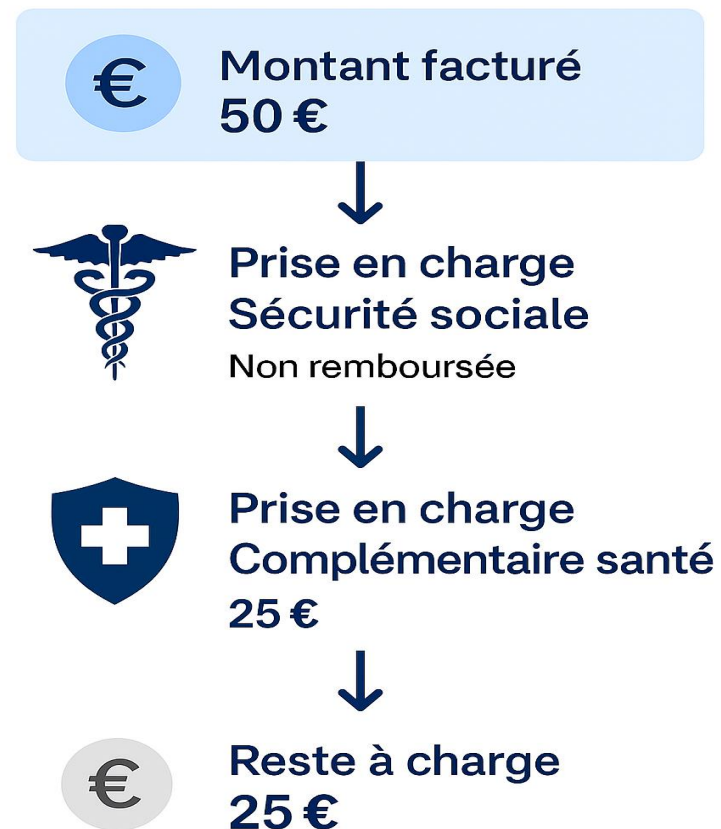
SUR QUELLES BASES SONT REMBOURSÉS LES SOINS ?

2. Remboursement selon un forfait

Certains soins (optique, médecines douces, ostéopathie, etc.) sont remboursés par un montant fixe (forfait) prévu dans le contrat, indépendamment du tarif de la Sécurité sociale.

SUR QUELLES BASES SONT REMBOURSÉS LES SOINS ?

Séance d'ostéopathie à 50€ non prise en charge par la sécurité sociale. Forfait de la complémentaire santé de 25 € par séance.



msteoz

SUR QUELLES BASES SONT REMBOURSÉS LES SOINS ?

À VOUS DE JOUER ...

Exemple combiné de remboursement

1. Consultation chez un dermatologue (secteur 2)

- Montant de la consultation : 50 €
- Base de remboursement (BRSS) : 30 €
- Taux de remboursement Sécurité sociale : 70 %
- Participation forfaitaire : 1 €
- Complémentaire santé : 150 % de la BRSS

2. Séance d'ostéopathie (non remboursée par la Sécurité sociale)

- Montant de la séance : 60 €
- Sécurité sociale : Non remboursée
- Complémentaire santé : Forfait de 30 € par séance

SUR QUELLES BASES SONT REMBOURSÉS LES SOINS ?

À VOUS DE JOUER ...



Calcul consultation

Sécurité sociale : 30 €
 $\times 70 \% = 21 \text{ €} - 1 = 20 \text{ €}$



Complémentaire santé
 $30 \text{ €} \times 150 \% = 45 \text{ €}$



Complémentaire santé
 $45 \text{ €} - 20 \text{ €} = 25 \text{ €}$



Reste à charge : $50 \text{ €} - (20 \text{ €} + 25 \text{ €}) = 5 \text{ €}$



Calcul séance

Sécurité sociale : 0 €
Complémentaire : 30 €
Reste à charge : $60 \text{ €} - 30 \text{ €} = 30 \text{ €}$



2.6

QU'EST-CE QUE LA SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?



QU'EST-CE QUE LA SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

La surcomplémentaire santé est une assurance qui vient en renfort de votre complémentaire santé.

Elle constitue un 3^{ème} niveau de remboursement :

1. Sécurité sociale
2. Complémentaire santé
3. Surcomplémentaire santé

Elle est utile pour :

- ❑ Les dépassements d'honoraires (médecins secteur 2, spécialistes)
- ❑ Les soins mal ou non remboursés (orthodontie, optique, médecines douces, cures thermales)
- ❑ Les prestations spécifiques (chambre individuelle à l'hôpital, matériel d'allaitement...)

3

L'ASSURANCE OBSÈQUES



3.1

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE OBSÈQUES ?



QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE OBSÈQUES ?

Un contrat obsèques est un contrat qui permet de **financer et ou d'organiser** ses **funérailles à l'avance**, afin de soulager ses proches du poids financier et organisationnel au moment du décès.

Quelles sont les questions à se poser avant de souscrire un contrat obsèques ?

1. Quel est mon objectif principal ?

- **Financer uniquement mes obsèques** : optez pour un **contrat en capital**. Il prévoit le versement d'un capital à un bénéficiaire (proche ou entreprise funéraire) pour couvrir les frais.
- **Financer et organiser mes obsèques** : choisissez un **contrat en prestations**. Il inclut le financement et la planification des prestations obsèques selon les volontés du défunt (type de cérémonie, musique, fleurs, etc.).

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE OBSÈQUES ?

2. À qui confier l'utilisation du capital destiné à financer mes obsèques ?

- À un proche : le capital est versé à la personne désignée au contrat. Elle pourra utiliser l'argent pour régler les frais d'obsèques, mais rien ne l'oblige légalement à le faire. Il existe donc un risque que tout ou partie du capital soit utilisé à d'autres fins.

- À une entreprise de pompes funèbres :

Si elle est bénéficiaire du capital sans engagement de prestations : elle reçoit le capital au moment du décès, mais n'est pas tenue contractuellement d'organiser vos obsèques. Vos proches devront se rapprocher de l'opérateur funéraire et déterminer les prestations en fonction du montant du capital versé à l'entreprise.

Si elle est bénéficiaire et prestataire : elle s'engage contractuellement à organiser les obsèques selon vos volontés. Dans ce cas, l'utilisation du capital est strictement encadrée et ne peut servir qu'au financement des prestations prévues.

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE OBSÈQUES ?

3. Comment déterminer le montant du capital adapté à mes besoins ?

➤ **En estimant le coût des obsèques dans votre région :**

Crémation : entre 3 000 € et 4 000 €

Inhumation : entre 4 000 € et 6 500 €

Prestations personnalisées : jusqu'à 10 000 € ou plus

➤ **En ajoutant une marge de sécurité pour anticiper l'inflation ou des prestations non prévues.**

➤ **En demandant des devis :**

Comparez plusieurs agences pour affiner votre estimation.

➤ **En tenant compte de mon âge et du mode de cotisation :**

Plus vous souscrivez jeune, plus les cotisations sont faibles.

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE OBSÈQUES ?

4. Comment savoir si le capital versé sera revalorisé au moment du décès ?

Depuis 2014, le capital doit être revalorisé.

Cette revalorisation permet d'ajuster le montant garanti à l'évolution du coût de la vie, car les contrats obsèques sont souvent souscrites plusieurs années avant le décès.

Dans un contrat en prestations, la revalorisation est encadrée : l'assureur doit réévaluer le capital à hauteur d'au moins 85 % des produits financiers générés.

Dans un contrat en capital, la revalorisation dépend du contrat : elle peut être minime ou absente. Il est donc essentiel de vérifier cette clause avant de souscrire.

QU'EST-CE QUE L'ASSURANCE OBSÈQUES ?

5. Que se passe-t-il si le capital est insuffisant ?

➤ **Si le capital prévu ne couvre pas tous les frais :**

Dans un contrat en capital, les proches doivent prendre en charge le surplus.

Dans un contrat en prestations, l'entreprise de pompes funèbres est tenue d'exécuter les prestations prévues, même si leur coût a augmenté.

➤ **En cas de capital insuffisant :**

Les frais peuvent être prélevés sur les comptes du défunt.

À défaut, la charge revient au conjoint, puis aux héritiers, même s'ils ont renoncé à la succession.



3.2

À QUOI DOIS-JE FAIRE ATTENTION AVANT DE SOUSCRIRE UN CONTRAT OBSÈQUES?



À QUOI DOIS-JE FAIRE ATTENTION AVANT DE SIGNER UN CONTRAT ?

Vérifier avant de signer :

- **Le montant du capital** : Il doit être suffisant pour couvrir les frais réels des obsèques, qui peuvent varier fortement selon les régions et les prestations choisies.
- **Les frais cachés** : Frais d'entrée, de gestion, de versement, de sortie, etc. Ils **peuvent réduire fortement le capital versé**.
- **Le délai de carence** : Période pendant laquelle l'assureur ne verse pas le capital en cas de décès (souvent 1 à 3 ans), sauf en cas d'accident.
- **La clause bénéficiaire** : Désigner précisément le ou les personne(s) qui recevront le capital et insérer une **mention** dans le contrat **obligeant les bénéficiaires (proches) à utiliser le capital uniquement pour financer pour les obsèques**.
- **Le mode de cotisation** : Paiement en une fois, sur une durée déterminée ou viagère. **Attention : dans certains cas, vous pouvez verser plus que le capital garanti**.
- **Les exclusions de garantie** : Certains décès (ex. : liés à l'alcool ou aux drogues) peuvent ne pas être couverts.

4

L'ASSURANCE GARANTIE ACCIDENTS DE LA VIE (GAV)



4.1

QU'EST-CE LA GAV ?



QU'EST-CE QU'UNE GAV ?

La Garantie des Accidents de la Vie (GAV) est un contrat d'assurance qui couvre les **accidents corporels** survenus dans **la vie privée, sans qu'un tiers soit responsable**. Elle intervient là où les autres assurances (responsabilité civile, auto, travail) ne couvrent pas.



4.2

QUE COUVRE CETTE GARANTIE ?



QUE COUVRE CETTE GARANTIE ?

Elle prend en charge les conséquences d'accidents :

- Domestiques : chutes, brûlures, intoxications...
- Loisirs : sport, jardinage, bricolage...
- Catastrophes naturelles ou technologiques
- Agressions ou attentats
- Accidents médicaux (selon les contrats)

Les garanties incluent :

- Indemnisation des préjudices physiques, moraux, esthétiques, professionnels
- Prise en charge des frais médicaux non remboursés
- Aide à domicile, aménagement du logement
- Capital décès ou invalidité pour les proches



4.3

QUAND PUIS-JE FAIRE JOUER LES GARANTIES DU CONTRAT ?



QUAND PUIS-JE FAIRE JOUER LES GARANTIES DU CONTRAT ?

L'indemnisation se déclenche à partir d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP), souvent fixé à 10 %, 20 % ou 30 % selon les contrats.

1. L'expertise médicale : une étape obligatoire

L'indemnisation par la GAV ne se déclenche que si l'assuré subit des séquelles permanentes à la suite d'un accident de la vie. Le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) est évalué par un médecin expert, mandaté par l'assureur;

Cette expertise permet de :

- Déterminer le niveau de séquelles
- Vérifier si le seuil d'IPP prévu dans le contrat est atteint
- Évaluer les préjudices physiques, moraux et économiques

2. Vérification du seuil d'IPP prévu au contrat et calcul de l'indemnisation

L'assureur vérifie si le taux d'IPP atteint ou dépasse le seuil de déclenchement. Si le taux est égal ou supérieur au seuil, l'indemnisation est déclenchée. Elle est forfaitaire ou personnalisée et prend en compte les préjudices évalués et le plafond de garantie prévu au contrat.

4.4

À QUOI DOIS-JE FAIRE ATTENTION AVANT DE SOUSCRIRE UN CONTRAT ?



À QUOI DOIS-JE FAIRE ATTENTION AVANT DE SOUSCRIRE UN CONTRAT ?

1. Âge limite : souvent 65 ou 75 ans pour la souscription ; les garanties peuvent être réduites après 65 ans

2. Exclusions fréquentes :

Sports à risques (parapente, plongée, alpinisme...)

Accidents liés à des antécédents médicaux

Accidents non exclusivement causés par un événement extérieur

3. Franchise et seuil d'indemnisation : bien vérifier le taux d'IPP requis.

4. Type d'indemnisation :

Indemnitare : selon les pertes réelles

Forfaitaire : selon un barème prédéfini

5. Clarté du contrat : certains assureurs ne notifient pas clairement les refus ou les recours possibles (contre-expertise médicale, saisine du médiateur de l'assurance ...)



EDUCFI
Éducation économique
budgétaire et financière