L'essentiel sur votre assurance prévoyance

Professionnels de santé libéraux, avez-vous pensé à votre protection sociale ?



Livret réalisé par les 10 URPS de Bretagne • novembre 2021

Les Présidentes et Présidents des 10 URPS de Bretagne

Dr LEMONNIER Olivier
Président
URPS Biologistes

Dr LE BRIZAULT Dominique
Président
URPS Chirurgiens-Dentistes

M. THORAVAL Patrice
Président
URPS Infirmiers

M. ADRIAN Franck
Président
URPS Masseurs-Kinésithérapeutes

Dr LABARTHE Thierry
Président
URPS Médecins

Mme FAURE Noémie
Présidente
URPS Orthophonistes

Mme BROUSTER-BEGNIC Karine
Présidente
URPS Orthoptistes

M. STAGLIANO Fabien
Président
URPS Pédicures-Podologues

Dr MOUGIN Luc
Président
URPS Pharmaciens

Mme SAN GEROTEO Maria
Présidente
URPS Sages-Femmes

ÉDITO

Nos Unions régionales des professionnels de santé (URPS) reçoivent régulièrement des interrogations des soignants sur « LA » prévoyance idéale pour les libéraux.

Afin de répondre à leurs sollicitations et face au vocabulaire technique des contrats, durant la mandature URPS 2016-2021, **les URPS de Bretagne[1] ont eu la volonté de s'associer pour mieux éclairer les professionnels de santé libéraux bretons, qu'elles représentent au niveau régional.**

Il est évident que chacune de nos 10 professions reste unique dans sa façon de travailler, tout comme l'est chaque soignant dans sa situation personnelle, familiale et professionnelle. Néanmoins, un socle commun existe face au risque assurantiel, ce qui justifie notre action collective. La nouvelle mandature des URPS de Bretagne (2021-2026) a affirmé sa volonté de poursuivre les travaux initiés, dans la continuité de la précédente.

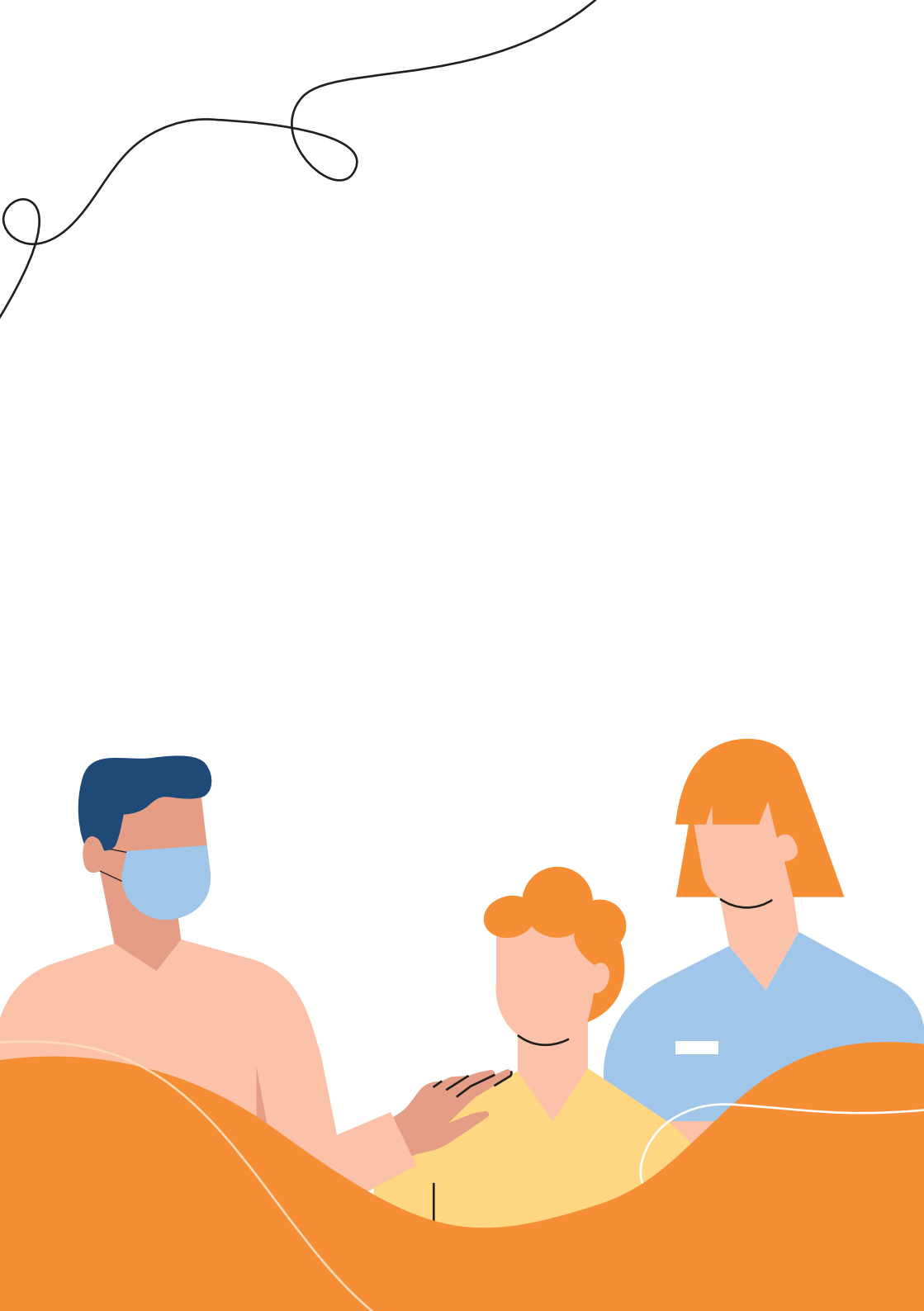
Ce livret n'a pas vocation à être exhaustif : il se veut surtout pédagogique autour de la question de l'assurance prévoyance. Nous souhaitons que chacun d'entre vous puisse travailler sereinement au quotidien. C'est pourquoi nous avons mis l'accent sur les éléments essentiels qui feront la différence lors de la mise à jour ou de la signature de votre contrat de prévoyance.

Nous parlerons dans ce livret d'une nouveauté depuis le 1er juillet 2021 : tous les professionnels de santé libéraux conventionnés en arrêt de travail perçoivent enfin une indemnité journalière entre le 4e jour et le 90e jour d'arrêt. Les indemnités journalières seront versées par votre caisse d'assurance maladie.

Nous vous conseillons de faire un point régulier sur l'ensemble de vos contrats de protection sociale, afin de vous protéger au mieux, ainsi que votre exercice libéral.

Bonne lecture !

[1] Biologistes, Chirurgiens-Dentistes, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Médecins, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédicures-Podologues, Pharmaciens, Sages-Femmes



SOMMAIRE

Édito **3**

Sommaire **5**

1 Qu'est-ce qu'un régime obligatoire ? **6**

2 Comment suis-je couvert(e) par mon régime obligatoire et complémentaire ? **7**

Protection sociale des professionnels de santé libéraux 7

Le régime obligatoire de l'assurance maladie (depuis le 1er juillet 2021) 8

Votre régime de prévoyance complémentaire professionnelle "invalidité-décès" 9

3 Qu'est-ce qu'un contrat de prévoyance ? **9**

4 Pourquoi remplir un questionnaire de santé ? **10**

5 Que contient le contrat de prévoyance adéquat ? **11**

La couverture des charges fixes 12

L'incapacité de travail et l'invalidité de travail 12

La garantie Incapacité 13

La garantie Invalidité 13

6 Quels sont les autres points d'attention ? **15**

La couverture des pathologies disco-vertébrales / lombalgies 15

La couverture des affections psychologiques 15

La grossesse pathologique 15

Quelques conditions spécifiques à prendre en compte 16

Le délai de carence 16

7 Comment trouver le bon contrat de prévoyance ? **16**

8 Check-list proposée par les URPS **17**

9 Lexique **18**

10 Le mot de la fin des 10 URPS bretonnes **19**

1 Qu'est-ce qu'un régime obligatoire ?

La loi française précise que chaque personne est affiliée à un régime obligatoire de protection sociale. Ce régime obligatoire est financé par les cotisations sociales ainsi que par la contribution sociale généralisée (CSG).

Le régime obligatoire est composé des branches Maladie, Retraite, Vieillesse. Pour les professions libérales, il est géré à la fois par l'assurance maladie et par les caisses autonomes de retraite de chaque profession. Ces dernières se chargent de la retraite et de la prévoyance.

Depuis le 1er juillet 2021, le régime obligatoire est supposé couvrir l'ensemble des risques d'une vie : maternité, invalidité, incapacité, retraite, décès, pour l'ensemble des professions libérales affiliées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAPVL), hors avocats libéraux. Les soignants libéraux sont donc concernés par cette avancée en termes de protection face aux aléas de la vie.

Les professions libérales conventionnées ne peuvent se contenter du régime obligatoire, car **il ne couvre pas l'intégralité des revenus et des risques**.

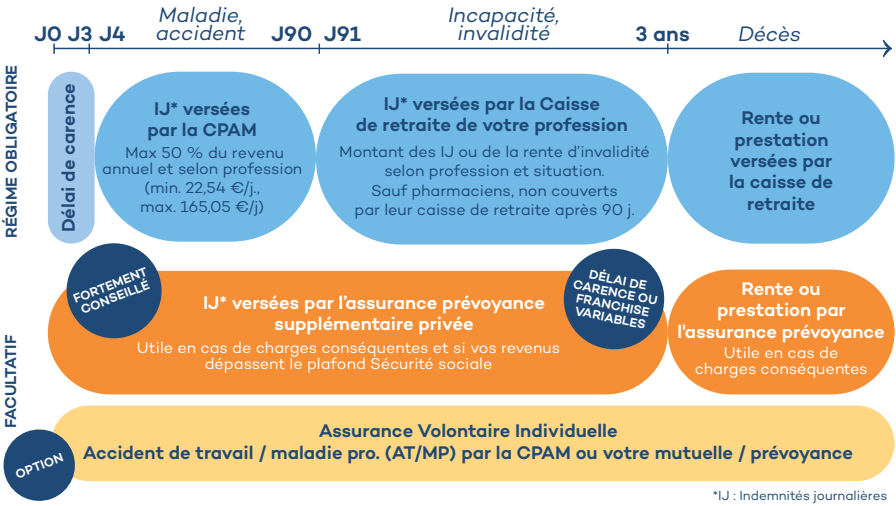
Un contrat de prévoyance individualisé vous permettra de pallier les insuffisances de protection spécifiques à votre régime obligatoire.

Pour les médecins remplaçants ayant adhéré à l'offre simplifiée et pour les conjoints collaborateurs, ce dispositif s'appliquera à partir du 1er janvier 2022.



2 Comment suis-je couvert(e) par mon régime obligatoire et complémentaire ?

PROTECTION SOCIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX



*IJ : Indemnités journalières

Il faut distinguer :

- le régime obligatoire servi par l'assurance maladie,
- le régime conventionnel obligatoire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL),
- et les régimes complémentaires et de prévoyance dont votre caisse de retraite professionnelle fait partie.

Le régime obligatoire de l'assurance maladie couvre pendant 87 jours, à partir du 4e jour suivant votre arrêt de travail et jusqu'au 90e (soit 3 jours de carence).

Le relais de votre protection sociale après le 90e jour est pris par votre caisse professionnelle. **Ainsi, à partir du 91e jour et pendant une période de trois ans, votre caisse vous couvre au titre du régime de prévoyance obligatoire "invalidité-décès".** Une exception, la caisse d'assurance vieillesse des Pharmaciens n'assure pas cette couverture "post-90e jour".

VIGILANCE

L'indemnisation lors d'un arrêt de travail (AT) débute après 3 jours et pour une période de 87 jours consécutifs. Un nouvel arrêt de travail délivré après une période de 48h ouvre droit à une nouvelle période d'indemnités journalières de 87 jours. Attention donc, si le nouvel arrêt de travail est prescrit pendant les 48h suivant la fin du précédent AT, il sera considéré comme la continuité dudit arrêt de travail, poursuivant la période des 87 jours.

L'assurance maladie vous couvre pour tout arrêt de travail, dans la limite de 360 jours sur une période de 3 ans.

LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE L'ASSURANCE MALADIE (DEPUIS LE 1ER JUILLET 2021)

Le régime obligatoire est à présent déclenché par **l'arrêt de travail du médecin traitant** sur toutes les pathologies, y compris les pathologies psychologiques, disco-vertébrales et la grossesse pathologique. Il vous permet de prétendre à une **indemnisation pour maladie** au titre de votre activité professionnelle. La durée maximale de la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à 90 jours, dont 3 jours de carence (non indemnisés).

Le nombre total d'indemnités journalières est limité à 360 jours sur une période de 3 ans.

Le montant des indemnités journalières minimum s'établit à 22,54 € par jour et peut atteindre jusqu'à 169 € par jour. **Son montant correspond à 1/730e du revenu retenu pour le calcul de la cotisation** (revenu d'activité annuel moyen - RAAM). Le montant des prestations est calculé sur le mécanisme du régime des artisans commerçants, à savoir : 50 % du revenu annuel = une IJ à 1/730e du revenu annuel. Le régime obligatoire ne couvre que 50 % de votre revenu déclaré.

EXEMPLE

Soizig, infirmière, gagne en moyenne 40 000 € bruts de revenus par an ces trois dernières années, soit 109,59 € par jour. Elle percevra de sa caisse primaire d'assurance maladie, une IJ de 54,79 € (soit 1/730e de son revenu).

La souscription d'une assurance prévoyance complémentaire vous permettrait de couvrir vos pertes de revenus non prises en compte, ainsi que vos charges et frais professionnels.

Une assurance prévoyance reste donc nécessaire !

VOTRE RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE PROFESSIONNELLE "INVALIDITÉ-DÉCÈS"

Lorsqu'il s'agit de la **prévoyance complémentaire "invalidité-décès", sachez qu'elle est obligatoire pour les professionnels libéraux.** Les prestations dépendent de chaque caisse de retraite professionnelle, à l'exception de la Caisse de retraite des Pharmaciens et Pharmaciens biologistes qui ne les propose pas.

Chaque section professionnelle versera, selon un barème établi, les prestations à partir du 91e jour et jusqu'à trois ans.

3 Qu'est-ce qu'un contrat de prévoyance ?

Les contrats de prévoyance "complémentaires" viennent compléter la base des régimes obligatoires.

Les contrats de prévoyance s'ajoutent aux indemnités versées par le régime obligatoire et permettent :

- Un maintien de salaire,
- Une meilleure couverture de l'invalidité jusqu'à la retraite,
- Une continuité du paiement des charges fixes.

Ils ne peuvent être signés **qu'auprès d'acteurs "agréés"** : les agents généraux d'assurance, les courtiers en assurances, les banques, les mutuelles.

Le préalable à la signature de tout contrat de prévoyance est le questionnaire de santé du souscripteur.

Les garanties suivantes doivent être incluses :

- Indemnités journalières (IJ) permettant de couvrir votre revenu net
- IJ permettant de couvrir vos charges fixes (frais professionnels)
- Rente d'invalidité
- Capital décès
- Rente éducation / conjoint / capital de reconversion / capital invalidité

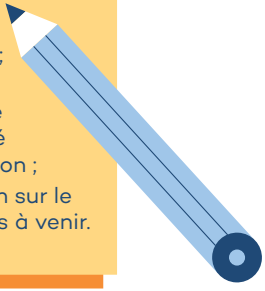
4 Pourquoi remplir un questionnaire de santé ?

Quand on a des problèmes de santé, la première difficulté est de trouver une compagnie qui accepte de nous couvrir sur toutes les pathologies. Le critère santé va donc parfois limiter les choix parmi les contrats du marché. Une exclusion sur un problème de santé grave représente un gros risque pour l'assuré !

Le questionnaire santé, pièce maîtresse du contrat, permet à l'assureur d'équilibrer les différents volets de l'offre contractuelle qui vous sera proposée.

Soyez exhaustif lors du remplissage de votre questionnaire de santé, car :

- Une ou plusieurs réponses positives n'engendrent pas obligatoirement une exclusion ou majoration ;
- Et en cas de fausse déclaration, possibilité pour l'assureur :
  — de résilier votre contrat au moment du sinistre (au moment où vous en auriez le plus besoin) ;
  — de vous demander le paiement d'une surprime rétroactive qui aurait été appliquée à la souscription ;
  — d'ajouter une exclusion sur le contrat, pour les sinistres à venir.



En cas de problème de santé, mieux vaut multiplier les demandes auprès de différentes compagnies d'assurance, car l'approche médicale est propre à chacune d'elles.

Les formalités médicales diffèrent selon les compagnies, avec des questions qui courent sur les trois à dix années précédentes avant signature, voire sur l'ensemble de votre vie.

Enfin, le questionnaire peut être complet (20 questions) ou allégé (2 ou 3 questions). Certaines assurances/prévoyances ne requièrent pas de questionnaire de santé avant un certain âge.

5 Que contient le contrat de prévoyance adéquat ?

Vous souhaitez faire le point sur votre contrat ? Voici les éléments clés à passer en revue lorsque vous échangerez avec un professionnel de la prévoyance.

INDEMNITAIRE	La compagnie peut vérifier vos revenus réels et vos charges avant versement des prestations.	*Soizig souscrit un "contrat indemnitaire" à hauteur de 6 000 € de revenus nets. Elle a malheureusement déclaré une moyenne de revenus de 5 000 € nets sur les deux années précédentes.* *En cas d'arrêt, elle touchera 5 000 €/mois.*	• Adapté quand revenus stables ; • Risque d'une cotisation trop élevée par rapport à l'indemnisation : point à faire tous les ans sur le montant des prestations ; • Majoritaire sur le marché : + développés, + concurrentiels. • Tarif des cotisations indexé sur le montant des prestations souscrites : plus celles-ci sont élevées et plus les cotisations le sont également.
FORFAITAIRE	La compagnie ne vérifie pas vos revenus ou vos charges, les prestations correspondent aux éléments du contrat.	*Nicolas souscrit un "contrat forfaitaire" à hauteur de 6 000 € de revenus nets.* *En cas d'arrêt, il touchera 6 000 €/mois, même si ses revenus sont inférieurs.*	• Adapté quand revenus fluctuants : constitution de patientèle en cours ou activité non linéaire ; • Aucun risque sur le montant des prestations : indépendant d'une chute du revenu financier ; • Tarif des cotisations indexé sur le montant des prestations souscrites : plus celles-ci sont élevées et plus les cotisations le sont également.
FORFAITAIRE SOUS DÉDUCTION DU RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)	La compagnie ne vérifie pas vos revenus ou charges, mais elle déduit des prestations ce que vous touchez de la CPAM ou du RO.	*Rozenn souscrit un "contrat forfaitaire sous déduction du RO" à hauteur de 6 000 € de revenus nets. En cas d'arrêt, elle touchera 6 000 € /mois, entre les IJ de la CPAM ou du RO et de son assureur.* *Elle aura dans tous les cas son revenu assuré.*	• Adapté quand revenus fluctuants ; • Adapté à la nouvelle IJ de la CPAM • Aucun risque sur le montant des prestations : indépendant d'une chute du revenu financier ; • Tarif des cotisations indexé sur le montant des prestations souscrites : plus celles-ci sont élevées et plus les cotisations le sont également.



À SAVOIR

Si vous ne cochez pas l'option "couverture des charges fixes" dans votre contrat de prévoyance, ce sont les indemnités journalières du régime obligatoire et du régime facultatif, prévues pour remplacer votre revenu net, qui serviront à les payer.

LA COUVERTURE DES CHARGES FIXES

Votre contrat de prévoyance doit absolument **prévoir une garantie "frais professionnels" (charges fixes)** qui permet de financer, en cas d'arrêt de travail, les charges fixes nécessaires à l'exercice de l'activité professionnelle :

- les frais de location et d'entretien (locaux, matériels) ; les frais de fonctionnement (eau, gaz, électricité) ;
- les intérêts d'emprunts ; les cotisations d'assurance (RCP, locaux, prévoyance, mutuelle) ;
- les salaires de vos salariés ;
- les charges sociales (URSSAF, Caisses de retraite CARMF / CARCDSF / CARPIMKO / CAVP) ; ...

L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET L'INVALIDITÉ DE TRAVAIL[2]

INCAPACITÉ	INVALIDITÉ
situation temporaire	situation permanente

L'incapacité désigne une **"inaptitude temporaire"** (partielle ou totale) à exercer une activité professionnelle ou non. Il est essentiel de se reporter au contrat de prévoyance pour prendre connaissance de la définition précise de cette garantie, qui peut diverger de celle de la Sécurité sociale. Une personne en incapacité ne peut travailler pendant un certain temps, avant de recouvrer ses capacités.

[2] Glossaire de la Fédération Française de l'Assurance (FFA) https://www.ffa-assurance.fr/glossaire

L'invalidité concerne **"la réduction permanente"** (partielle ou totale) de certaines aptitudes. Il peut s'agir soit d'une invalidité fonctionnelle, soit d'une inaptitude à exercer une activité professionnelle ou non. En ce qui concerne l'inaptitude à exercer une activité professionnelle ou non, il peut s'agir :

- de l'inaptitude à l'activité exercée au moment du sinistre ;
- de l'inaptitude à exercer une activité socialement équivalente ;
- de l'inaptitude à exercer toute activité.

LA GARANTIE INCAPACITÉ

La garantie incapacité vous permet de **percevoir des indemnités journalières** pour garantir le maintien de vos revenus.

Le régime obligatoire de l'assurance maladie ne couvre pas les frais professionnels.

LA GARANTIE INVALIDITÉ

C'est LE risque majeur à assurer !

Vous êtes en arrêt de travail, et vous n'avez pas de contrat de prévoyance, ou il n'est pas assez couvrant : vous pourrez, pour la plupart, compenser - avec vos propres économies - votre perte de revenus pendant quelques semaines, voire quelques mois.

Mais si votre **incapacité d'exercer votre activité professionnelle est permanente**, ou si elle le devient, la garantie invalidité souscrite vous permettra de percevoir une rente. Elle fait suite bien souvent à l'incapacité.

DÉFINITIONS

Trois définitions de l'incapacité entraînant une invalidité sont utilisées dans les contrats :

- L'incapacité fonctionnelle : pas de prise en compte de la profession de l'assuré pour fixer le taux/la pathologie.
- L'incapacité professionnelle : prise en compte uniquement de l'impact de la pathologie sur la profession de l'assuré.
- L'incapacité croisée : croisement entre le taux issu des incapacités professionnelle et fonctionnelle.

En cas d'impossibilité de reprise de l'activité, la définition de l'invalidité dans votre contrat ne doit prendre en compte que l'impossibilité d'exercer votre profession et non pas tous types de professions.

Le niveau d'invalidité sera déterminé par le médecin conseil de l'assureur.

Qu'en est-il si vous êtes placé en invalidité jusqu'à vos 67 ans ?

Les contrats vous couvrent pour invalidité, dans la majorité des cas, jusqu'à 67 ans. Certains peuvent stipuler une limite d'âge moins élevée, et alors bien souvent ils s'arrêtent lorsque vous liquidez votre retraite.

Quelques points de vigilance à retenir avant de signer !

Le contrat :

- Doit être **adapté aux risques encourus dans votre profession ;** *Pour exemple, la perte d'un doigt a un impact à 100 % pour un chirurgien et peut être moins invalidant pour une autre profession de santé (il est important de bien le comprendre pour s'assurer que les risques de nos métiers sont bien couverts). Ces différentes grilles sont souvent synthétisées dans des tableaux d'invalidité.*
- Doit **proposer un taux d'invalidité partielle le plus bas possible** (15 ou 16 %) ;
- Doit **utiliser la formule de calcul d'invalidité partielle qui est la plus favorable à votre situation individuelle** : 3T/2 ou N/66, cf. exemples ci-dessous ;
- Ne doit **pas stipuler la possibilité d'une reconversion professionnelle**. La définition de l'invalidité doit être explicite dans votre contrat.

Pourquoi vous couvrir ?

Il est recommandé de vous couvrir pour anticiper une éventuelle situation d'incapacité ou d'invalidité au cours de votre vie professionnelle, qui ne vous permettrait plus de couvrir vos charges.

+ Privilégiez un contrat avec une définition d'incapacité uniquement professionnelle

EXEMPLE

Solenn a un contrat la couvrant en invalidité totale à hauteur de 5 000 €/mois. Suite à expertise, elle est déclarée en invalidité partielle à 50 % à 30 ans. Que va-t-elle toucher ?

Cas 1 : *son contrat prévoit que la rente mensuelle versée est proportionnelle à son taux d'invalidité. Soit, pour un taux d'invalidité de 50 %, une rente de 50 % des 5 000 €, soit 2 500 €/mois.*

Cas 2 : *son contrat prévoit qu'il sera appliqué, pour le calcul de sa rente mensuelle, l'une des formules suivantes : "N/66" ou "3T/2" (avec N et T = taux d'invalidité) :*

- *N/66 soit 50/66*100 = 75 % des 5 000 €, soit 3 750 €/mois*
- *3T/2 soit 3*50/2 = 75 % des 5 000 €, soit 3 750 €/mois*

Conclusion : *un écart de 1 250 €/mois pour une même pathologie et un même taux d'invalidité, soit 1 250*12*37 ans = 450 000 € en plus jusqu'à la retraite.*

6 Quels sont les autres points d'attention ?

LA COUVERTURE DES PATHOLOGIES DISCO-VERTÉBRALES / LOMBALGIES

Attention, certaines compagnies appliquent des conditions d'hospitalisation, de délais de carence, de franchise et de durée de paiement particulières pour les pathologies disco-vertébrales.

+ Privilégiez un contrat qui couvre les pathologies disco-vertébrales sans restrictions.

LA COUVERTURE DES AFFECTIONS PSYCHOLOGIQUES

Attention, toutes les compagnies ne considèrent pas les affections psychologiques de la même manière. Voici quelques exemples de ce qui peut être trouvé dans les contrats :

- Prise en charge dégressive selon la durée de l'arrêt de travail ;
- Pas de prise en charge au titre de l'invalidité ;
- Nécessité d'une hospitalisation pour être pris en charge ;
- Prise en charge au titre de la maladie ;
- Durée de prise en charge définie.

+ Privilégiez un contrat prenant en charge les pathologies psychologiques comme une maladie sans aucune condition.

LA GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Dans un contrat de prévoyance, la grossesse pathologique doit simplement être considérée comme une maladie, sans aucune restriction/exclusion.

Voici les questions à vous poser avant de signer votre contrat :

- La grossesse est-elle considérée comme une maladie ?
- Y a-t-il une liste exhaustive des pathologies indemnisées ?
- Y a-t-il une obligation d'être alitée ?
- Y a-t-il une obligation d'être hospitalisée ?

Soyez vigilante, en cas de grossesse non pathologique, le congé maternité "classique" n'est pas couvert par la prévoyance.

Pensez à bien anticiper financièrement le fait qu'il vous restera, durant votre congé maternité "classique", à supporter les frais et charges liés à votre cabinet.



QUELQUES CONDITIONS SPÉCIFIQUES À PRENDRE EN COMPTE

- **Les sports "spécifiques"** sont-ils couverts (escalade, voile, sports à moteurs, etc.) ?
- **Le mi-temps thérapeutique** est-il couvert par votre contrat ?
- **La prise en charge ambulatoire et hospitalière** est-elle incluse dans votre prévoyance ?
- **La territorialité de votre exercice** est-elle notée dans le contrat ? Certains contrats ne couvrent pas ou peuvent présenter des clauses spécifiques dans certains territoires comme : la Corse, la Guadeloupe, la Réunion, la Guyane, la Martinique, Saint-Martin, la Polynésie française, etc.

+ Assurez-vous en avant de partir travailler dans ces territoires.

LE DÉLAI DE CARENCE

Votre contrat de prévoyance peut prévoir un ou des délais de carence, c'est-à-dire le délai d'attente avant que le contrat ne soit actif et ne vous permette de percevoir une prestation en espèces (indemnité ou rente).



7 Comment trouver le bon contrat de prévoyance ?

Le contrat qui serait idéal pour tous n'existe pas !
C'est en fonction de la situation de chacun (situation personnelle et familiale, état de santé, sports, projet de grossesse, etc.) **que doit être sélectionné le contrat le plus adapté.**

Prenez le temps de vous renseigner, sollicitez plusieurs avis auprès des acteurs pouvant vous proposer ces contrats : assureurs, courtiers, etc.

8 Check-list proposée par les URPS

Avez-vous pensé à...

- ☐ Regarder les différentes garanties du contrat ?
- ☐ Remplir minutieusement votre questionnaire santé ?
- ☐ Identifier le type de contrat utilisé ?
- ☐ Vérifier que ce contrat couvre la période après les 90 premiers jours ?
- ☐ Vérifier que ce contrat couvre les charges fixes ?
- ☐ Vérifier que ce contrat ne présente pas d'exclusions ? Et si non, lesquelles ?
- ☐ Vérifier le délai de carence et de déclenchement des prestations ou rentes ?

Ce contrat couvre-t-il :

- ☐ Les pathologies liées au dos ?
- ☐ Les affections psychologiques ?
- ☐ Les sports spécifiques ?
- ☐ La prise en charge ambulatoire et hospitalière ?
- ☐ Le mi-temps thérapeutique ?



9 Lexique

Délai de carence :
Délai d'attente entre la déclaration de la survenue d'un événement à l'assureur et le versement des indemnités journalières ou de la rente.
Certains contrats ne prévoient pas de délai de carence.

Franchise :
Somme qui, dans le règlement d'un sinistre, reste à la charge de l'assuré. L'assuré dont le contrat comporte une franchise s'engage à conserver à sa charge une partie des dommages.

Incapacité :
La garantie incapacité a pour finalité de verser des indemnités journalières au professionnel, empêché temporairement d'exercer une profession quelconque pour cause de maladie ou d'accident.

Indemnité :
Somme versée pour réparer le préjudice subi par l'assuré ou la victime.

Invalidité :
L'assurance invalidité a pour but d'indemniser la personne reconnue atteinte d'une maladie ou victime d'un accident entraînant une invalidité totale et définitive la rendant inapte à exercer sa profession. L'indemnisation est accordée sous forme d'une pension d'invalidité assortie éventuellement de majorations et de rentes temporaires.

Rente :
Conversion du capital en revenus réguliers et fractionnés.
La rente peut être :
- **viagère** : elle est versée à vie jusqu'au décès de la personne percevant la rente ou, lorsque celle-ci est réversible, jusqu'au décès de la personne qui bénéficie de la réversion ;
- **temporaire** : elle est versée pendant une durée prédéterminée.

Revenu d'activité annuel moyen (RAAM) :
Le RAAM est une moyenne de vos revenus cotisés. Il est calculé sur les trois années civiles précédant la date de votre arrêt de travail.

10 Le mot de la fin des 10 URPS bretonnes

Cher professionnel de santé, **le contrat prévoyance est le contrat d'assurance le plus important que vous ayez à souscrire dans le cadre de votre activité.** C'est celui qui va assurer votre revenu, et donc protéger votre foyer si vous avez un problème de santé. Ce sont des choses auxquelles on ne veut pas penser mais qui deviennent essentielles en cas de difficultés. Votre métier, c'est la santé, les risques, vous les connaissez, alors pensez à vous protéger !

Faites des comparatifs auprès de plusieurs compagnies d'assurance, avec l'aide, si besoin, d'un courtier.

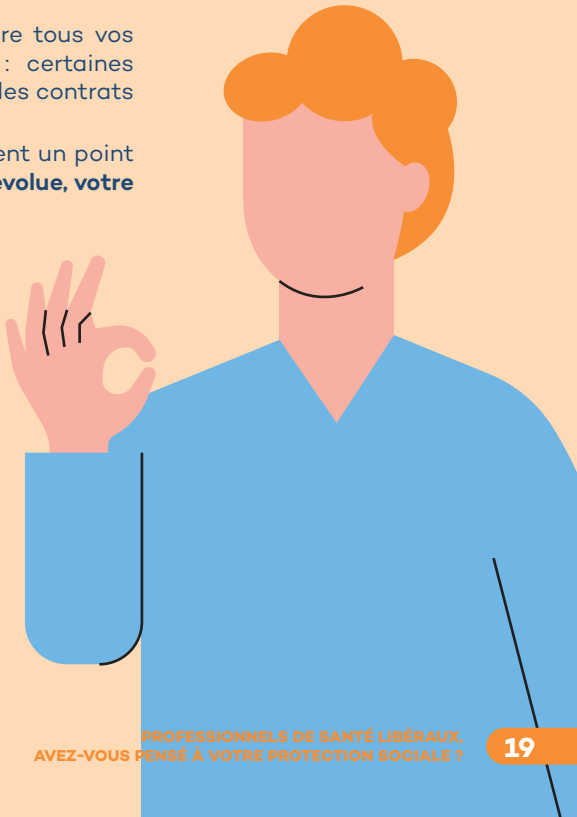
Ne vous sentez pas obligé de prendre tous vos contrats chez un même assureur : certaines garanties peuvent être assurées sur des contrats différents.

Pensez également à faire régulièrement un point sur votre contrat **car votre situation évolue, votre contrat doit donc évoluer aussi !**

Enfin, profitez-en pour faire un point sur tous vos autres contrats :

- votre mutuelle santé ;
- votre responsabilité civile professionnelle (RCP) et votre protection juridique,
- votre éventuelle assurance volontaire individuelle Accident du Travail / Maladie Professionnelle (AT/MP) ;
- votre retraite ; ...

En bref, posez-vous la question : suis-je si bien couvert que cela ?



Livret réalisé par les élus de la Commission « Santé des soignants » de l'Inter-URPS Bretagne :
Mme Valérie BERTRAND, Mme Karine BROUSTER-BEGNIC, Dr Nicole COCHELIN, M. Serge COLOMBEL, Dr Noëlle DAVOUST, Mme Noémie FAURE, Dr Pascale GAUDIN-PIEL, Mme Gaëlle KERBRAT, Dr Jildaz LE COURANT, Dr Pierre LE TREUT

Avec le soutien des chargé(e)s de mission des URPS :
Mme Carline AULNETTE, M. Romain GAILLARD, Mme Morgane GAULON-BRAIN

Avec l'appui d'experts en protection sociale :
Corbin Finances et Miossec Conseil et Courtage.

CONTACTS

Carline AULNETTE
c.aulnette@urpscdlb.bzh

Romain GAILLARD
r.gaillard@urpsmlb.org

Novembre 2021 • création graphique : pollenstudio.fr