COURTAVIE ASSURANCE

LIVRE BLANC • ÉDITION 2026

Prévoyance des professions libérales réglementées

Protéger vos revenus, votre famille et votre activité

Comprendre les garanties.
Comparer les clauses.
Organiser la sélection médicale.

Maxime Djelalian et Laura Benzaquen

Version 9 — pour relecture 30 septembre 2026

Sommaire

Avant de choisir un contrat 3

1. Arrêt de travail : ce qui déclenche le paiement 4

2. Invalidité : assurer votre capacité professionnelle 6

3. Décès et protection de la famille 8

4. Exonération et revalorisation : tenir dans la durée 9

5. Pathologies particulières : couvertes, limitées ou exclues ? 10

6. Frais généraux permanents : protéger l'activité 12

7. Cotisations et prestations : le comparatif fiscal et social 14

8. Comparer les offres après sélection médicale 15

9. Changer de contrat et défendre ses droits 17

Questions fréquentes 19

Sources et méthode 20

Avant de choisir un contrat

Un montant d'indemnités journalières, un seuil d'invalidité et un tarif ne suffisent pas à comparer deux prévoyances. Ce qui compte est ce que le contrat versera dans votre situation : vos revenus, votre profession, votre activité réelle et les dépenses qui continueront pendant votre absence.

Notre approche de courtiers indépendants consiste à rapprocher ces besoins des clauses du contrat, puis des conditions réellement proposées par plusieurs assureurs après étude du dossier. Ce guide croise des notices, des supports techniques et des sources publiques sur la fiscalité et les prélèvements sociaux.

À qui s'adresse ce guide ?

Ce guide s'adresse aux professions libérales réglementées, notamment aux **médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, avocats, notaires, experts-comptables, architectes et auxiliaires médicaux**. Ces professions sont au cœur de l'accompagnement de Courtavie. Le guide concerne l'exercice individuel comme l'exercice en société, sous réserve des règles propres à chaque statut. Les exemples fiscaux détaillés retiennent un professionnel exerçant en BNC au réel ; ils ne sont pas transposables tels quels à une activité imposée en BIC ou à une société soumise à l'impôt sur les sociétés.

Commencer par vos droits obligatoires

Les prestations en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès varient selon votre profession, votre statut et votre caisse de rattachement. Pour conserver des informations à jour sans alourdir ce guide, Courtavie présente ces droits sur son site, profession par profession. Consultez d'abord la fiche correspondant à votre activité, puis chiffrez le complément à assurer.

Consulter les droits sociaux de votre profession

Deux protections à organiser

La prévoyance personnelle protège l'assuré et sa famille. Elle réunit les garanties d'incapacité, d'invalidité et de décès. Elle vise les conséquences personnelles de l'arrêt de travail, de la perte durable de capacité professionnelle ou du décès.

La garantie frais généraux permanents protège l'activité. Elle finance les charges de la structure professionnelle qui restent dues pendant votre arrêt, dans les limites du contrat. Sa finalité est professionnelle, même lorsque vous exercez en nom propre.

Ces deux protections doivent être chiffrées séparément. Le loyer des locaux, les charges de l'étude ou de l'officine et la masse salariale ne doivent pas être financés une seconde fois sur le revenu destiné à votre foyer.

Le fil conducteur

Nous examinons d'abord votre protection personnelle : incapacité, invalidité, décès et protection familiale. Viennent ensuite les clauses communes, les frais généraux professionnels, le traitement fiscal et social, puis les points à vérifier avant de changer de contrat. Des réponses courtes aux questions fréquentes terminent le guide.

À retenir — Une bonne comparaison relie toujours une clause à une conséquence : combien sera versé, pendant combien de temps, et sous quelles conditions ?

1. Arrêt de travail : ce qui déclenche le paiement

Les indemnités journalières, ou IJ, protègent votre revenu pendant un arrêt couvert. Pour comparer les contrats, concentrez-vous sur le montant réellement payable, la franchise, la durée et les conditions de maintien de l'indemnisation.

Forfaitaire et indemnitaire : lire les réserves

Dans un **pur forfaitaire**, le montant assuré est convenu à la souscription, après les vérifications demandées par l'assureur. Au sinistre, ce montant est payé sans recalcul de la perte de revenus, dès lors que l'arrêt remplit les conditions de garantie. Des vérifications détaillées en amont peuvent ainsi sécuriser le montant à verser ensuite.

L'appellation « forfaitaire » recouvre toutefois plusieurs fonctionnements. Il faut regarder ce que l'assureur se réserve de contrôler et les conséquences de ce contrôle.

Fonctionnement annoncé	Ce qu'il faut lire dans le contrat
Pur forfaitaire	Base de garantie souscrite, augmentée le cas échéant des actualisations prévues au contrat, sans recalcul en fonction des revenus au sinistre.
Forfaitaire avec réserve	Possibilité de demander des justificatifs ou de contrôler à nouveau. Identifier les contrôles financiers ou médicaux et leur effet sur le paiement.
Forfaitaire avec un seuil	Un seuil, par exemple 6 000 €/mois, peut déclencher des contrôles supplémentaires **ou** un calcul indemnitaire au-delà. Ce sont deux clauses différentes.
Indemnitaire	Complément calculé à partir de la perte de revenus, après déduction des prestations obligatoires et des autres sommes prévues au contrat.

À retenir — Méfiez-vous des arguments qui opposent simplement « produits indemnitaires » et « produits forfaitaires », comme si l'un était toujours meilleur. Sur le papier, le forfaitaire est plus favorable que l'indemnitaire, mais il en existe plusieurs formes : un vrai forfaitaire pur contrôle les éléments à l'entrée, au moment de la souscription, mais pas à la sortie, sans condition de seuil d'IJ ou d'invalidité ni contrôle laissé à la discrétion de l'assureur. Le diable se cache dans les détails.

Un contrôle médical vérifie que l'arrêt est valable. Un contrôle financier peut conduire à réviser le montant.

En indemnitaire, le montant du régime obligatoire et les revenus de référence influencent le complément privé. Demandez un calcul sur votre dossier : la même garantie affichée peut produire un versement différent selon les déductions prévues.

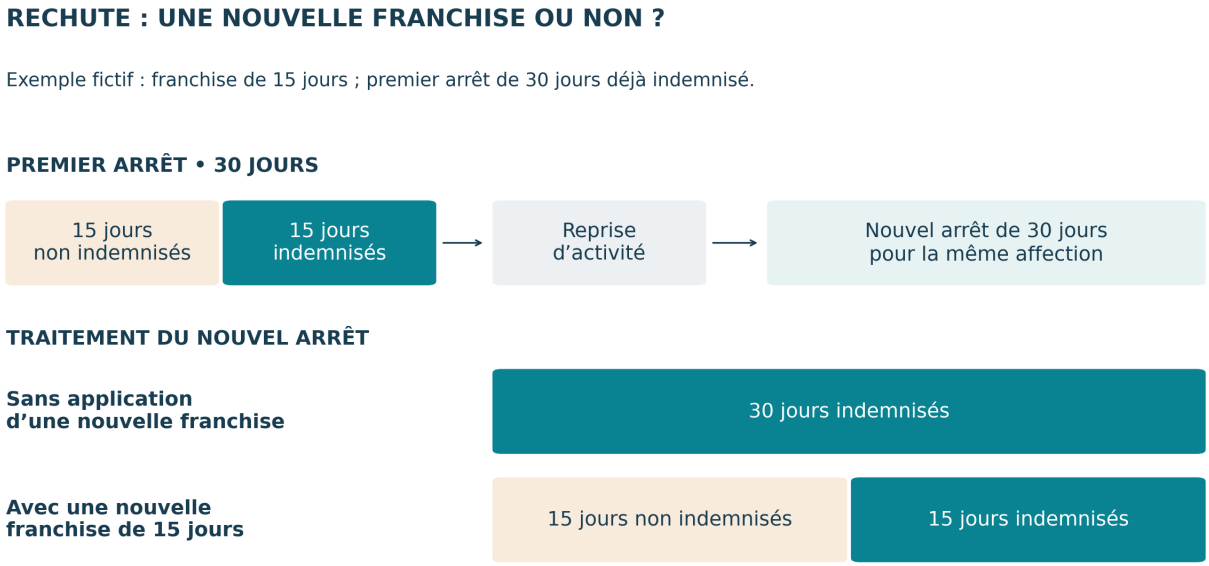
Franchise et délai d'attente

La franchise est la période de l'arrêt qui reste à votre charge. Exemple : avec une franchise maladie de 15 jours et un arrêt de 30 jours, l'indemnisation commence au 16e jour. Vérifiez les franchises distinctes maladie, accident et hospitalisation.

Le **délai d'attente** commence à la prise d'effet du contrat. Pendant ce délai, certains événements ne sont pas encore garantis. Il peut viser toutes les maladies ou certaines affections seulement. Une franchise courte ne supprime pas un délai d'attente.

Rechute : une nouvelle franchise ou non ?

Après une reprise d'activité, un nouvel arrêt pour la même affection peut être traité comme une rechute. Le contrat détermine alors si une nouvelle franchise s'applique. Vérifiez le délai entre les deux arrêts et son point de départ.

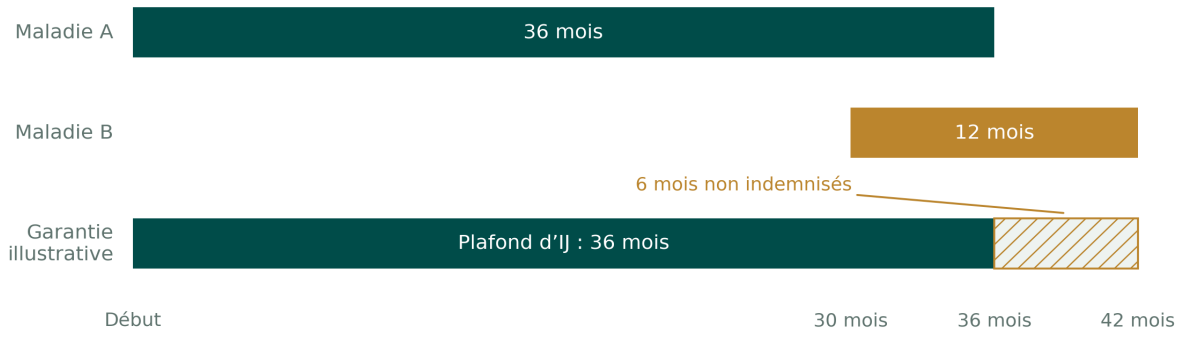


Exemple pédagogique : comparaison de la franchise seule, pour des arrêts couverts et hors limites de durée.

Une nouvelle maladie pendant un arrêt prolongé

Une pathologie intercurrente est une nouvelle affection qui survient pendant un arrêt déjà en cours. Elle ne remet pas automatiquement le compteur d'indemnisation à zéro.

Dans l'exemple ci-dessous, la première maladie justifie 36 mois d'arrêt. Au 30e mois, une seconde maladie impose son propre arrêt de 12 mois, jusqu'au mois 42. Le contrat illustré plafonne l'indemnisation de l'arrêt continu à 36 mois : **les six derniers mois ne sont pas indemnisés**. Une disposition adaptée aux maladies intercurrentes peut modifier ce résultat ; ses conditions doivent être vérifiées.



Exemple pédagogique : durée d'IJ, absence de consolidation mettant fin aux IJ, reconnaissance de la nouvelle cause et éventuelle prolongation sont des hypothèses. Le schéma ne promet pas une indemnisation de 42 mois.

La reprise à temps partiel

Pouvoir reprendre une partie de son activité ne signifie pas retrouver immédiatement ses revenus. Vérifiez le maintien d'une indemnité en incapacité temporaire partielle : pourcentage versé, durée, nécessité d'un arrêt total préalable et justificatifs. Examinez aussi le sort des frais généraux pendant cette reprise.

Repères documentaires : supports comparatifs incapacité d'avril et mai 2026 et matrices techniques consultées ; exemples reformulés sans attribution commerciale.

2. Invalidité : assurer votre capacité professionnelle

Le passage des IJ à la prestation d'invalidité

Le contrat fixe la date et les conditions du passage à l'invalidité, souvent après consolidation. Vérifiez la continuité entre la fin des IJ et le début de la rente, puis la méthode d'évaluation des conséquences sur votre exercice.

Source : Assurance maladie — distinction entre guérison et consolidation dans le cadre AT/MP. La définition applicable à la prévoyance reste celle du contrat.

Première question : que mesure l'assureur ?

Évaluation	Ce qui est mesuré	Point de vigilance
Fonctionnelle	L'atteinte physique ou psychique, indépendamment du métier exercé.	Le taux ne mesure pas directement l'impossibilité de réaliser vos actes professionnels.
Professionnelle	Les conséquences sur l'exercice de la profession définie au contrat.	Spécialité, activité réelle et critères de reclassement ou d'aménagement peuvent modifier l'évaluation.
Croisée	La combinaison d'un taux fonctionnel et d'un taux professionnel.	La table de croisement peut retenir un taux inférieur au seul taux professionnel.

Une atteinte peut être modérée dans les actes ordinaires de la vie et empêcher un acte professionnel déterminant. L'analyse doit donc partir de l'exercice réel : geste médical ou dentaire, station debout en officine, plaidoirie, rendez-vous et déplacements, visite de chantier, travail intellectuel soutenu, management d'une équipe ou précision gestuelle.

Deuxième question : quel barème est utilisé ?

Dans une évaluation professionnelle à dire d'expert, le taux mesure les conséquences de l'invalidité pour la profession exercée. Elle peut être individualisée ou encadrée par un barème professionnel annexé au contrat. Elle ne comporte pas nécessairement un taux fonctionnel.

Pour le fonctionnel, deux références sont notamment utilisées : le **Concours médical**, barème de droit commun, et le **barème des accidents du travail et maladies professionnelles, AT/MP**, issu du Code de la sécurité sociale. Elles sont distinctes et ne conduisent pas nécessairement au même taux. La mention « barème Sécurité sociale » doit être précisée : quel texte, quelle annexe et quelle édition sont retenus ?

Le **barème croisé** combine ensuite un taux fonctionnel et un taux professionnel selon le tableau du contrat. L'intervention d'un expert n'est pas réservée au professionnel : elle existe aussi dans une évaluation croisée.

Demandez le barème exact, son édition et la règle prévue pour les pathologies non listées. Comparez son effet sur vos actes professionnels. Dans son cadre légal, l'AT/MP comporte aussi des facteurs professionnels : son utilisation comme référence fonctionnelle par une assurance privée ne doit pas être confondue avec l'ensemble du régime légal.

Source publique : Code de la sécurité sociale — principes généraux du barème des accidents du travail.

Troisième question : quelles corrections du taux ?

Une clause peut tenir compte d'une possibilité d'exercer une autre profession, d'un reclassement, d'un aménagement du poste, d'un appareillage ou d'une rééducation. Ce sont des paramètres importants de l'évaluation ; leur portée dépend du texte.

Demandez si le taux est apprécié dans la profession et l'activité effectivement déclarées. Une définition générale peut être insuffisante : un chirurgien-dentiste, un pharmacien titulaire, un avocat plaidant, un notaire, un expert-comptable ou un architecte n'exercent pas les mêmes actes ni sous les mêmes contraintes. Pour un médecin, la spécialité et les gestes réellement pratiqués doivent également être pris en compte selon la rédaction du contrat.

Le principe de faveur

Le principe de faveur consiste à calculer le taux selon le barème professionnel et selon le barème croisé, puis à retenir le résultat le plus favorable. Tous les contrats ne le prévoient pas : certains imposent un choix entre les deux méthodes.

Du taux à la rente : lire la formule

Un seuil bas n'est qu'une porte d'entrée. La formule de calcul détermine ensuite ce qui sera versé en invalidité partielle. Pour une rente maximale de 3 000 €/mois et un taux retenu de 33 %, une formule T/100 donne 990 €, alors qu'une formule T/66 donne 1 500 €, si ces formules et ce taux sont applicables.



Exemple mathématique, sans attribution à un contrat. Seuil, définition de l'invalidité totale, plafonnement et autres conditions restent à contrôler.

Enfin, vérifiez si une activité résiduelle est autorisée, si ses revenus réduisent la prestation et si le taux peut être réévalué. Une rente d'invalidité partielle n'interdit pas nécessairement toute activité ; son maintien dépend du contrat.

3. Décès et protection de la famille

Capital et rentes : des besoins complémentaires

Le capital décès donne des liquidités pour les dépenses immédiates et les engagements du foyer. La rente de conjoint apporte un revenu régulier au bénéficiaire défini au contrat. La rente éducation accompagne

financièrement les enfants. Leur montant se calcule en tenant compte des ressources qui subsisteraient et des assurances déjà en place.

La **perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)** obéit à des conditions spécifiques, qui peuvent inclure l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie. Une garantie décès-PTIA ne remplace pas l'invalidité professionnelle.

La rente éducation : prévoir les années d'études

Après le décès d'un parent, les dépenses des enfants continuent. Une rente éducation verse régulièrement un montant pour chaque enfant répondant à la définition du contrat, jusqu'à l'âge prévu et, selon les cas, sous condition de poursuite des études. Elle peut compléter un capital réservé aux besoins immédiats du foyer.

Comparez le montant par enfant, sa progression éventuelle avec l'âge et sa revalorisation. Lisez la définition des enfants couverts, notamment dans une famille recomposée, les justificatifs d'études, les interruptions de cursus et les dispositions éventuelles en cas de handicap. Ces conditions déterminent la protection effective.

Madelin : vérifier le régime fiscal de chaque garantie

Pour un professionnel TNS imposé en BNC, le BOFiP range parmi la prévoyance complémentaire les contrats prévoyant le versement d'un capital ou d'une rente décès ou invalidité permanente. Il ne faut donc pas affirmer que la quote-part finançant un capital décès est toujours exclue de la déduction Madelin. La déductibilité dépend de l'éligibilité du contrat, du statut fiscal de l'assuré, de l'attestation émise et du plafond disponible.

À retenir — Choisissez d'abord les ressources nécessaires à votre famille, puis comparez leur coût fiscal. Le capital apporte de la souplesse ; la rente organise un revenu dans la durée.

Sources : BOFiP BNC — prévoyance complémentaire, § 400 à 420 ; BOFiP — imposition des prestations de remplacement et des rentes. Le traitement peut différer pour une activité imposée en BIC.

4. Exonération et revalorisation : tenir dans la durée

Qui paie les cotisations pendant le sinistre ?

L'exonération évite de continuer à payer tout ou partie des cotisations pendant un sinistre couvert. Certains contrats la limitent à l'incapacité temporaire totale, ou ITT. D'autres la maintiennent aussi en invalidité permanente totale, IPT, et en invalidité permanente partielle, IPP.

Vérifiez simplement les situations couvertes par l'exonération — ITT, IPT et IPP — ainsi que sa franchise et sa date de fin.

Sur une invalidité longue, cette différence est concrète : sans exonération en IPT ou en IPP, les cotisations du contrat peuvent rester dues pendant des années.

La revalorisation annuelle, simplement

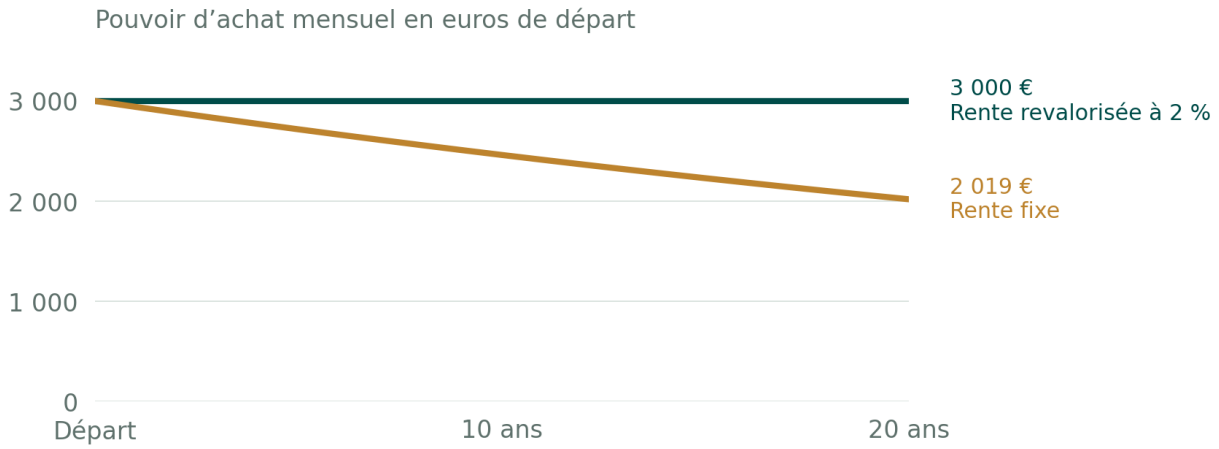
Si le contrat prévoit une indexation annuelle, les montants garantis et la cotisation évoluent suivant la règle annoncée. Sans cette clause, ils n'augmentent pas pour ce motif. La cotisation peut néanmoins évoluer pour d'autres raisons prévues au contrat, notamment l'âge ou une évolution technique ou tarifaire du contrat.

Vérifiez surtout que la revalorisation concerne aussi **les prestations déjà en cours de versement**. Une augmentation des montants assurés avant l'arrêt ne suffit pas à garantir celle d'une rente versée pendant vingt ans. Le contrat doit préciser la règle applicable et ses éventuelles limites.

Exonération et revalorisation doivent fonctionner ensemble : si les garanties augmentent pendant une invalidité, quelles cotisations restent prises en charge par l'exonération ?

Pourquoi cela compte sur vingt ans

Avec une inflation hypothétique constante de 2 % par an, une rente fixe de 3 000 € aurait, vingt ans plus tard, un pouvoir d'achat d'environ **2 019 € en euros de départ**. Une progression effective de la rente de 2 % par an maintiendrait, dans cet exemple, le pouvoir d'achat initial. Il s'agit d'une illustration, pas d'une prévision d'inflation ou de rendement contractuel.



Les garanties ont une date de fin

Revalorisation et exonération n'allongent pas automatiquement la durée assurée. Vérifiez l'âge de fin des IJ, de la rente, de l'exonération et de la garantie décès, ainsi que les règles en cas de poursuite d'activité ou de cumul emploi-retraite. Les différents âges peuvent ne pas coïncider. **Distinguez une prolongation acquise dès la souscription d'une prolongation demandée plus tard**, qui peut nécessiter un nouvel accord de l'assureur et de nouvelles formalités médicales.

Repères documentaires : supports techniques et notices contractuelles cités dans les sources. Les règles d'actualisation, de revalorisation et d'exonération doivent être vérifiées dans l'édition proposée.

5. Pathologies particulières : couvertes, limitées ou exclues ?

Le même examen s'applique à chaque affection : est-elle couverte selon les conditions habituelles, couverte sous conditions particulières ou exclue ? Vérifiez la réponse en incapacité, en invalidité et dans la garantie frais généraux : une option peut améliorer une garantie sans modifier les autres.

La mention « couvert » ne suffit pas. Une restriction peut retarder le premier versement, réduire son montant ou interrompre les prestations bien avant la durée générale du contrat.

Affections psychiques : regarder au-delà de l'hospitalisation

Une garantie peut couvrir une dépression sans hospitalisation, tout en appliquant une **dégressivité des prestations** : le montant servi diminue après une certaine durée d'arrêt, alors même que l'incapacité

reste reconnue. L'absence de condition d'hospitalisation est donc un premier point, pas une réponse complète.

Les conditions d'accès : hospitalisation exigée ou non, durée du séjour et franchise particulière, éventuellement incompressible.

- **Le montant dans le temps :** IJ maintenues intégralement ou réduites par paliers ; montant à 6, 12, 24 et 36 mois ; plafond par arrêt ou pour toute la vie du contrat ; cumul des épisodes et des rechutes.

Les exclusions et les options : affections restant exclues, même avec un renfort, et garanties réellement améliorées par l'option.

Exemple de lecture : un plafond d'un an « pendant toute la durée du contrat, toutes affections psychiques confondues » est un budget global. Un nouvel épisode ne donne pas automatiquement droit à une nouvelle année d'indemnisation. De même, deux contrats affichant la même IJ au premier jour peuvent produire des prestations cumulées très différentes si l'un réduit le montant après plusieurs mois.

Dos et affections disco-vertébrales : une couverture utilisable

Pour les lombalgies, cervicalgies ou sciatiques, recherchez les conditions d'indemnisation propres à cette rubrique. Une couverture soumise à une hospitalisation, à une intervention chirurgicale ou à une lésion précisément définie peut laisser sans prestation un arrêt qui ne remplit pas ces critères.

Le déclenchement : arrêt médicalement justifié suffisant, ou exigence supplémentaire d'hospitalisation, de chirurgie ou de constatation d'une lésion ?

La franchise et la durée : règles habituelles du contrat ou franchise minimale et durée d'indemnisation spécifiques, rechutes comprises ?

Les exceptions : certaines lésions traumatiques peuvent bénéficier d'un traitement différent. Une exception pour fracture ne signifie pas que tous les arrêts pour mal de dos suivent les mêmes règles.

Vérifier séparément l'incapacité, l'invalidité et les frais généraux

Un renfort « psy/dos » doit être examiné garantie par garantie. La suppression d'une restriction sur les IJ personnelles ne prouve pas qu'elle disparaît aussi sur la rente d'invalidité ou sur les frais généraux. Nous vérifions les trois réponses, puis les éventuelles exclusions individuelles.

Repères documentaires : formations incapacité d'avril et mai 2026, matrices techniques et notices analysées. Les mécanismes présentés varient selon les contrats et leurs options.

Fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique

Un contrat peut annoncer une couverture du psychisme et exclure expressément la fibromyalgie ou le syndrome de fatigue chronique. Leur présence dans une rubrique contractuelle ne constitue pas une classification médicale.

La HAS estime que la fibromyalgie touche **1,5 à 2 % de la population**. Son traitement contractuel mérite donc une vérification explicite. Cette prévalence ne représente pas la part des arrêts de travail. Une exclusion concerne les sinistres qu'elle vise, et non toutes les garanties de la personne atteinte.

Source : HAS, juillet 2025 — fibromyalgie.

Grossesse pathologique : quelle place dans les clauses ?

Le point à vérifier est l'existence d'une restriction propre à la grossesse. Certains contrats limitent la couverture aux complications expressément énumérées. D'autres appliquent les règles habituelles de la maladie, sans liste restrictive particulière.

Une affection non mentionnée peut donc relever de la garantie maladie **si aucune clause ne l'en écarte**. À l'inverse, lorsqu'une liste délimite les seules complications de grossesse couvertes, il ne faut pas supposer que tout ce qui manque dans cette liste est indemnisé. La formulation des conditions générales est décisive.

Le **forfait maternité** est une garantie distincte, liée à la naissance selon les conditions du contrat. Montant, délai d'attente et parent bénéficiaire se vérifient séparément de l'arrêt pour grossesse pathologique.

Les exclusions propres à votre dossier

Aux restrictions générales peuvent s'ajouter des exclusions individuelles après sélection médicale. Une exclusion d'une articulation n'a pas la même portée qu'une exclusion visant un ensemble de pathologies et leurs suites. Faites préciser son périmètre par écrit, ainsi que les conditions d'un éventuel réexamen.

Repères documentaires : matrices comparatives et formations incapacité-invalidité consultées. Les restrictions doivent être vérifiées dans la version du contrat proposée et ses conditions particulières.

6. Frais généraux permanents : protéger l'activité

Ce que cette garantie finance

Pendant votre arrêt, l'activité peut ralentir ou s'interrompre alors que les charges continuent. La garantie frais généraux permanents, ou FGP, vise les dépenses professionnelles maintenues et admises au contrat. Elle protège le budget du cabinet, de l'étude, de l'officine ou de la structure professionnelle ; elle ne constitue pas un second revenu personnel.

Le budget à assurer comprend la masse salariale, les autres charges fixes de la structure et les **cotisations sociales personnelles obligatoires restant dues**. Il peut notamment s'agir des cotisations URSSAF et de la caisse professionnelle concernée : CARMF, CARCDSF, CAVP, CNBF, CAVEC, CPRN, CIPAV ou CARPIMKO selon la profession. Retenez les sommes maintenues après les éventuelles réductions ou exonérations, puis vérifiez leur prise en charge dans la garantie souscrite.

Le coût du remplaçant peut faire partie des frais généraux

La définition contractuelle transmise pour cette édition inclut expressément dans les frais généraux les **coûts supplémentaires d'exploitation liés au remplacement de l'assuré**, lorsqu'une personne extérieure maintient l'activité, même partiellement. Le remplacement n'est donc pas nécessairement une garantie séparée. D'autres contrats peuvent l'isoler, le proposer en option ou lui appliquer une sous-limite.

Vérifiez si le remplacement figure dans la définition des FGP ou dans une garantie distincte, comment son coût est calculé, son plafond, sa durée, ses justificatifs et son cumul avec les autres charges. Une durée longue pour les FGP ne garantit pas que le remplacement sera financé pendant la même période.

La liste contractuelle consultée couvre notamment les catégories suivantes :

1. **Locaux et fonctionnement :** eau, énergie, chauffage, téléphone, loyers et charges, entretien et réparations.
2. **Personnel et obligations :** salaires et charges des employés habituels, impôts et taxes professionnels, cotisations sociales personnelles obligatoires, cotisations professionnelles et primes d'assurance.

3. **Matériel et financement :** véhicule professionnel, location de matériel et de mobilier, intérêts liés aux locaux, amortissements, dépréciation de consommables, petit outillage et agios.
4. **Activité et administration :** déplacements, congrès et représentation, honoraires comptables, fournitures, documentation, correspondance et publicité.
5. **Maintien de l'activité :** frais supplémentaires liés au remplacement provisoire de l'assuré.

Cette liste illustre un contrat ; elle ne vaut pas pour tous les assureurs. Une dépense ne sera remboursée que si elle entre dans la définition applicable, reste effectivement due et respecte les plafonds et justificatifs prévus.

Partir de la comptabilité et du régime fiscal

Partez de la comptabilité de l'activité. En BNC au réel, la déclaration de résultat est la 2035. Pour une société soumise à l'IS, partez des comptes de la société. Avec votre expert-comptable, identifiez les charges qui continueront réellement, puis rapprochez-les de la liste des dépenses assurables du contrat.

Retenez les dépenses maintenues et admises au contrat. Une charge déductible fiscalement n'est pas automatiquement remboursable. Actualisez le montant assuré après une embauche, un déménagement ou un investissement important.

Quatre clauses à lire

6. **Le montant et les justificatifs :** plafond assuré, charges réelles remboursables, pièces nécessaires et régularisation éventuelle.
7. La franchise : combien de temps la trésorerie de l'activité doit-elle tenir avant le premier jour couvert ?
8. **La durée :** la garantie FGP peut s'arrêter avant les IJ personnelles. Vérifiez les limites par sinistre et sur la durée du contrat.
9. **La reprise et les restrictions :** maintien pendant une reprise à temps partiel, incidence d'une activité résiduelle et limitations propres aux affections dorsales ou psychiques.

Prime déductible et remboursement des charges

La prime d'une garantie exclusivement professionnelle peut être déduite du BNC en charge professionnelle, **hors dispositif Madelin**. Les remboursements constituent des recettes professionnelles imposables, face aux dépenses financées. Une compensation de charges ne constitue pas une exonération générale. Le comparatif suivant distingue ce mécanisme de celui d'un revenu personnel de remplacement.

Sources : CAA Nancy, 8 juin 2000, n° 96NC00759 — déductibilité des primes FGP ; CGI, article 93 — résultat BNC.

7. Cotisations et prestations : le comparatif fiscal et social

Le tableau suit deux temps : la cotisation, puis la prestation. Les montants de 1 000 € sont des exemples séparés. Ils permettent de comprendre les mécanismes ; ils ne constituent pas un net universel, qui dépend de la situation annuelle du professionnel.

Poste comparé	IJ privées Madelin	Rente d'invalidité Madelin	Frais généraux professionnels
PHASE 1 — VOUS PAYEZ LA COTISATION			
Prime versée	1 000 €	1 000 €	1 000 €
Déduction fiscale	Oui, dans le plafond Madelin disponible.	Oui, dans le plafond Madelin disponible.	Oui, en dépense professionnelle, hors Madelin.
Effet sur l'assiette sociale	La prime Madelin ne réduit pas l'assiette sociale.	La prime Madelin ne réduit pas l'assiette sociale.	La prime constitue une charge d'exploitation ; son effet dépend du cadre d'exercice.
PHASE 2 — VOUS RECEVEZ LA PRESTATION			
1 000 €			
Traitement fiscal	Revenu de remplacement intégré au BNC lorsque l'activité se poursuit.	Activité poursuivie : traitement en BNC. Activité cessée : pension ou rente imposable selon les règles applicables.	Recette professionnelle affectée au paiement des charges admises.
Prélèvements et cotisations	97 € de CSG-CRDS précomptés dans l'exemple. Le brut entre ensuite dans l'assiette professionnelle.	Activité poursuivie : traitement dans l'assiette professionnelle. Activité cessée : prélèvements sociaux de 0 à 9,1 % selon le RFR, sans cotisations professionnelles sur la pension.	Pas de prélèvement propre aux IJ ou aux pensions ; l'effet passe par le résultat professionnel.
Lecture du montant	903 € versés après le précompte de 97 €. L'IR et les cotisations professionnelles sont calculés ensuite selon la situation annuelle.	Pas de net universel. Après cessation, 909 € sont versés avant IR au taux social plein de 9,1 %.	Les 1 000 € servent à payer les charges de l'activité ; ils ne créent pas un revenu personnel disponible.

Frais généraux : distinguer le BNC et la société à l'IS

En BNC à l'IR, le remboursement est une recette professionnelle. Lorsqu'il finance sur le même exercice une charge déductible du même montant, comme un loyer, les deux montants se compensent dans le

résultat. Dans une société à l'IS, le remboursement entre dans le résultat de la société ; l'IS n'est dû que si un bénéfice imposable subsiste.

Les cotisations sociales personnelles remboursées par les FGP demandent un calcul distinct : elles font partie du budget à assurer lorsqu'elles restent dues, mais leur remboursement ne se lit pas comme celui d'un loyer. Faites valider ce point avec votre expert-comptable selon votre cadre d'exercice.

Comment lire les montants versés

Pour les IJ, les 97 € correspondent uniquement au précompte de 9,2 % de CSG et 0,5 % de CRDS dans l'exemple. Les 903 € ne sont donc pas un net final : le montant brut entre ensuite dans le BNC et dans l'assiette des cotisations professionnelles.

Pour la rente d'invalidité, il faut distinguer la poursuite de l'activité de sa cessation. Si l'activité continue, il n'existe pas de net standard. Après cessation, le taux global des prélèvements sur la pension varie selon le revenu fiscal de référence ; au taux plein de 9,1 %, 1 000 € donnent 909 € avant impôt sur le revenu et sans cotisations professionnelles sur la pension.

La qualification d'une prestation dépend de sa nature et de la situation du professionnel. Une indemnité d'invalidité partielle ne doit pas être classée automatiquement comme une pension, et le traitement d'une activité en société doit être recalculé.

Sources du comparatif

Primes : CGI, article 154 bis ; CAA Nancy, 8 juin 2000, n° 96NC00759, primes FGP.

- Calcul social : DGFiP, réforme de l'assiette sociale ; notice fiscale et sociale 2026, § 2.2 et 6.5. La notice confirme le précompte de CSG-CRDS sur les IJ Madelin et leur ajout à l'assiette des cotisations sociales. L'application aux remboursements de charges résulte des règles générales d'assiette.

Résultat et IS : CGI, article 93, BNC ; Service public, impôt sur les sociétés.

- Prestations personnelles : BOFiP BNC, § 50 à 70, qui distingue la poursuite et la cessation de l'activité ; BOFiP pensions, § 50 à 70.

Taux : CSS, article L. 136-8 ; CGI, article 154 quinquies ; Service public, prélèvements sur les pensions et imposition de l'invalidité.

8. Comparer les offres après sélection médicale

Un produit et une acceptation individuelle

Les offres spécialisées et les offres généralistes ne répondent pas toutes de la même manière aux besoins d'une profession réglementée. Une consultation peut donc réunir plusieurs assureurs, sans présumer de la qualité d'un contrat à partir de sa marque ou de son positionnement commercial.

Leurs produits comportent des options et plusieurs générations de notices. Nous comparons la version proposée et ses conditions effectives : aucun nom d'assureur ne dispense de lire le contrat.

Les documents qui font foi

Les conditions générales ou la notice en vigueur décrivent les garanties disponibles. Les conditions particulières, ou le certificat d'adhésion selon le contrat, indiquent ce qui a réellement été souscrit : montants, franchises, options, dates d'effet et exclusions ciblées.

Avant de comparer deux contrats, exigez les conditions générales en vigueur et les conditions particulières. Repérez les garanties souscrites, les montants, les franchises, les options et les exclusions ciblées.

Les écarts utiles sont concrets : réserve financière derrière le forfait, barème d'invalidité, prise en compte d'un reclassement, exclusion de pathologies, durée des FGP, exonération limitée à l'incapacité ou absence de revalorisation des prestations en cours. Chaque point doit être rattaché à une clause de la version étudiée.

Pourquoi consulter plusieurs assureurs ?

Un contrat peut répondre à votre besoin sur le papier et aboutir, après étude médicale, à une exclusion importante, une surprime, un ajournement ou un refus. Un autre assureur peut proposer des conditions différentes pour le même dossier. Cela justifie une comparaison des **offres définitives**, et pas uniquement des devis initiaux.

Le rôle du courtier est de mettre en relation vos besoins, les caractéristiques des contrats et les décisions de sélection. Une prime plus faible perd de son intérêt si l'exclusion concerne précisément le risque qui vous préoccupe. À l'inverse, une surprime peut être acceptable si elle préserve une couverture utile.

La qualité de gestion au moment du sinistre

La qualité de gestion administrative ne se lit pas dans les conditions générales. Elle s'observe au moment du sinistre : délai de réponse, clarté des pièces demandées, stabilité de l'interlocuteur, traitement des relances, motivation des décisions et délai de mise en paiement.

Ce critère repose sur l'expérience des dossiers réellement suivis. Le retour d'un courtier disposant d'un portefeuille suffisamment large permet d'identifier des pratiques récurrentes et d'accompagner les échanges avec la compagnie. Il s'agit d'un retour d'expérience, pas d'une garantie de délai ni d'un classement figé des assureurs.

Chez Courtavie, l'analyse ne s'arrête donc pas au tarif et aux clauses : nous intégrons aussi la qualité de gestion observée lors des sinistres accompagnés.

L'accompagnement Courtavie Prévoyance VIP

Notre service organise la consultation des assureurs retenus et le suivi des formalités nécessaires à la souscription. Le parcours comprend l'analyse des besoins, la préparation du dossier, la coordination des demandes et examens, puis une restitution comparée des décisions.

Lorsque les assureurs l'acceptent, certains examens peuvent être utilisés dans plusieurs dossiers. Chaque compagnie conserve ses exigences et sa décision médicale. Le périmètre du service et ses conditions sont précisés avant l'engagement.

La conciergerie concerne l'organisation du parcours de souscription. Les informations de santé empruntent les circuits dédiés aux services médicaux concernés ; le suivi administratif n'implique pas leur diffusion à tous les intervenants.

La restitution doit faire apparaître les garanties, les exclusions personnelles, les surprimes, le coût définitif et les conditions de prise d'effet. Si une exclusion peut être réexaminée, nous distinguons cette possibilité d'une acceptation sans exclusion déjà obtenue.

Repère documentaire : présentation Courtavie « Offre Prévoyance VIP », version du 5 mars 2026. Les réponses aux questions des assureurs doivent être exactes : Code des assurances, article L. 113-2.

9. Changer de contrat et défendre ses droits

Anticiper la résiliation annuelle

Les contrats de prévoyance prévoient souvent une adhésion annuelle à tacite reconduction. L'échéance peut être fixée au 1er janvier ou à la date anniversaire. Le préavis est fréquemment de deux mois ; il faut vérifier le texte applicable à votre adhésion et le mode de notification admis.

Pour une échéance au 1er janvier avec deux mois de préavis, préparez la dénonciation avant la fin octobre, avec une marge. Pour une échéance anniversaire, le calendrier change. Les mécanismes de résiliation de la complémentaire santé ne doivent pas être transposés automatiquement à la prévoyance.

À retenir — Ne résiliez pas votre contrat sans avoir obtenu une nouvelle acceptation définitive et organisé la continuité effective des garanties.

Le nouveau dossier peut être ajourné ou refusé après sélection médicale. Même accepté, il faut vérifier sa prise d'effet, les délais d'attente et le traitement des pathologies connues, d'un arrêt commencé avant le changement ou d'une rechute ultérieure. Un calendrier écrit permet de relier fin de l'ancienne couverture et début de la nouvelle.

Source : France Assureurs — résiliation du contrat par l'assuré. L'échéance et les modalités propres à l'adhésion restent déterminantes.

Loi Évin : que se passe-t-il pendant les deux premières années ?

Loi Évin, article 6 — Le vrai point à contrôler. Un assureur ne peut pas « accepter » ou « refuser » la loi. La différence entre les contrats tient à la présence, ou non, d'une **renonciation expresse de l'assureur à sa faculté de résiliation pendant les deux premières années**.

Pour les garanties incapacité et invalidité visées par l'article 6, **au terme des deux ans suivant l'adhésion ou la souscription, l'organisme est tenu de maintenir la garantie** tant que l'assuré le souhaite. Cette protection demeure sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions en cas de fausse déclaration ; elle s'applique jusqu'à l'âge minimum permettant de faire valoir les droits à une pension de vieillesse. La loi permet les évolutions tarifaires uniformes d'une catégorie : elle ne fige pas la cotisation.

Contrat avec renonciation. L'assureur s'engage à ne pas utiliser cette faculté pendant la période initiale, dans les conditions écrites au contrat. Lors d'un remplacement, vérifiez notamment les exigences de continuité, de niveau de garanties et de résiliation de l'ancien contrat à l'initiative de l'assuré.

Contrat sans renonciation expresse. La protection légale de maintien propre à l'incapacité et à l'invalidité n'est acquise qu'après le délai de deux ans. La période initiale doit donc être lue au regard du contrat et des règles qui lui sont applicables. L'absence de renonciation constitue un point de vigilance ; elle ne signifie pas qu'une résiliation sera automatique.

Question à poser par écrit lors d'un changement : « L'assureur renonce-t-il à sa faculté de résiliation pendant les deux premières années ? Si oui, sous quelles conditions précises ? »

Source : Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Évin, article 6.

Au moment du sinistre

Déclarez l'arrêt aux organismes concernés dans leurs délais respectifs et conservez les preuves. Réunissez prescriptions, prolongations et pièces demandées. Pour les FGP, documentez les charges maintenues. Une décision du régime obligatoire ne signifie pas que l'assureur privé dispose déjà du dossier complet ni qu'il retiendra automatiquement la même définition de l'incapacité ou de l'invalidité.

Contrôlez ensuite les jours indemnisés, les franchises, les retenues et la revalorisation. Lors du passage en invalidité, identifiez la date retenue, la fin des IJ, la méthode d'évaluation et le départ de la rente.

En cas de désaccord important

Demandez une décision motivée et la clause appliquée. S'il existe un désaccord médical, notamment sur une invalidité lourde, l'appui d'un **médecin-conseil ou expert choisi par l'assuré** peut aider à documenter les séquelles et leur incidence professionnelle, puis à préparer une contre-expertise selon les modalités prévues.

Cet expert défend une analyse médicale du dossier ; son intervention ne garantit pas un taux supérieur. Vérifiez la procédure contradictoire, les honoraires et les éventuelles prises en charge. Les démarches de réclamation et, lorsqu'elle est ouverte, de médiation peuvent compléter le traitement du litige.

Faire le point avec Courtavie

Nous partons de votre pratique, de votre contrat actuel et de vos charges pour identifier les protections utiles et les points à améliorer. Notre travail porte autant sur les clauses que sur les conditions de souscription réellement obtenues.

Courtavie Assurance — Maxime Djelalian et Laura Benzaquen

Notre accompagnement des professions réglementées · contact@courtavie.fr

Questions fréquentes

Quelle prévoyance choisir pour une profession libérale réglementée ?

Celle dont les clauses et les conditions médicales acceptées correspondent à votre profession, à votre activité réelle et à vos besoins. Comparez notamment le calcul des IJ, l'évaluation professionnelle de l'invalidité, les frais généraux, les exclusions et le maintien des garanties dans le temps.

Comment financer la masse salariale pendant mon arrêt ?

La garantie frais généraux peut financer les salaires et charges patronales maintenus s'ils sont admis par le contrat. Le montant se chiffre à partir de la comptabilité, puis se rapproche de la franchise, de la durée et du plafond assuré.

Quelles formalités médicales faut-il prévoir à la souscription ?

Elles dépendent de la grille de formalités médicales propre à chaque assureur, principalement de l'âge de l'assuré et des montants ou capitaux à garantir. Pour les niveaux de couverture généralement recherchés par les professions réglementées, un questionnaire de santé constitue le minimum habituel. Selon les seuils, l'assureur peut demander un rapport ou un examen médical, des analyses, un électrocardiogramme ou d'autres examens. Le caractère forfaitaire ou indemnitaire de la prestation ne détermine pas, à lui seul, ces formalités.

Puis-je percevoir une rente et poursuivre une activité ?

Certains contrats le permettent en invalidité partielle. Il faut vérifier le taux retenu, la formule de prestation, l'activité autorisée et l'effet des revenus conservés. Faites également confirmer la qualification fiscale et sociale de la somme versée.

Les frais généraux sont-ils exonérés d'impôt et de charges ?

Le traitement dépend du cadre d'exercice. En BNC, le remboursement est une recette : face au même montant de loyer déductible payé la même année, l'opération n'augmente ni le résultat fiscal ni l'assiette sociale. Dans une société à l'IS recevant le remboursement de ses propres frais, il n'y a pas de cotisations personnelles sur cet encaissement ; l'IS dépend du bénéfice fiscal. Le remboursement des cotisations sociales personnelles mérite un calcul distinct, expliqué dans le comparatif.

Pourquoi la qualité de gestion est-elle un critère de choix ?

Parce qu'une bonne garantie doit aussi être administrée correctement lors du sinistre. Les délais de réponse, la qualité du suivi et la mise en paiement ne figurent pas dans la notice. Le retour d'expérience d'un courtier complète donc utilement la lecture contractuelle.

À quoi sert la conciergerie Prévoyance VIP ?

À organiser les formalités et la comparaison de plusieurs décisions d'assurance sur un dossier. Elle facilite le suivi du parcours ; l'acceptation, les exclusions et le tarif restent décidés par chaque assureur.

Sources et méthode

Des sources identifiables

Les liens associés aux passages permettent de retrouver les références publiques : Légifrance, BOFiP, DGFiP et Service public pour les règles fiscales et sociales ; Assurance maladie pour certaines notions médicales et HAS pour la prévalence de la fibromyalgie. Les droits des régimes obligatoires sont présentés séparément sur le site Courtavie, profession par profession. Les repères ont été consultés pour cette édition du 30 septembre 2026.

Le travail contractuel repose sur les notices et conditions générales listées ci-dessous, complétées par des matrices et des formations ou webinaires comparatifs suivis entre 2024 et 2026. Ces supports servent à identifier les mécanismes et les questions à poser ; ils ne constituent ni un classement de marché ni une promesse de couverture. La présentation Courtavie du 5 mars 2026 documente le service VIP.

Les documents ont été utilisés dans leur édition indiquée. Une offre doit toujours être vérifiée dans ses conditions générales en vigueur, ses conditions particulières et la décision médicale applicable au dossier.

Notices et conditions générales consultées

Cardif — Cardif Libertés Pro, Notice d'assurance, août 2025.

Generali Vie — La Prévoyance Pro, Notice d'information, référence GVP485NIB, édition 202601.

Abeille Vie — Abeille Senséo Prévoyance Libéral et Abeille Senséo Prévoyance Libéral Loi Madelin, Notice, version octobre 2025.

APRIL — Prévoyance Pro Premium, Notice valant conditions générales, juin 2026.

APRIL — Frais Généraux Permanents, Notice valant conditions générales, mise à jour avril 2025.

MetLife — Super Novaterm Prévoyance, Notice, référence NISNP11, juin 2026.

UNIM — UNIM Prévoyance, Notice d'information, référence REG32866, version V01/26.

SwissLife — SwissLife Prévoyance Indépendants, Notice d'information, référence 5939 F, édition 09.2025.

Cette liste documente la base de travail. Elle ne signifie pas que toutes les clauses de ces contrats sont décrites dans le guide ni qu'un produit est recommandé sans étude individuelle.

Portée des exemples

Les frises et calculs sont pédagogiques. Les durées, taux d'invalidité, seuils hybrides et hypothèses de prélèvements indiqués ne sont pas des engagements d'assureurs. Les conditions nécessaires sont précisées auprès de chaque exemple.

La qualification fiscale d'une prestation dépend de sa nature juridique et du cadre de souscription, pas seulement de son nom. Les cas BNC ne décrivent pas les circuits d'une SEL à l'IS. Les chiffres sociaux doivent être recalculés sur la situation annuelle de l'assuré.

Ce guide aide à préparer une comparaison et un audit individuel. Les notices, avenants et décisions de sélection constituent les documents à examiner avant de souscrire ou de modifier une protection.