



**Assurons  
un monde  
plus ouvert**

assurances

DIRECTION DU DEVELOPPEMENT ET PARTENARIATS EUROPE

DIRECTION TECHNIQUES ET RELATIONS CLIENTS  
JURIDIQUE CONTRACTUEL

REF CNP ASSURANCES : 2024NOTICE12051589

## **Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Dépendance de la Caisse des Dépôts et Consignations**

**Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative Dépendance de la Caisse des Dépôts et Consignations.**

**Cette notice d'information est destinée aux assurés du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° P481G (le « Contrat »), souscrit par la Caisse des Dépôts et Consignations, ci-après dénommée « le Souscripteur », auprès de CNP Assurances ci-après dénommée « l'Assureur ».**

**Elle constitue un résumé du Contrat, qui comporte des Conditions Générales et Particulières.**

### **I. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT**

#### **1. Objet du contrat**

Le Contrat est constitué des présentes Conditions Générales, de ses Conditions Particulières et de leurs avenants le cas échéant.

Le Contrat n° P481G est un Contrat collectif à adhésion facultative (ci-après dénommé le « Contrat ») souscrit par la Caisse Des Dépôts et Consignations (ci-après dénommé « le Souscripteur ») auprès de CNP Assurances (ci-après dénommé « l'Assureur ») au profit de son personnel relevant de la population assurée visée à l'article 6 de la présente Notice.

La nature et le montant des garanties retenues par le Souscripteur sont précisés aux Conditions Particulières.

Il a pour objet le versement d'une rente à l'Assuré en situation de dépendance telle que définie aux articles 32 « La dépendance totale » de la présente Notice. Il relève des branches 1. (Accident) et 2. (Maladie) définies à l'article R. 321-1 du Code des assurances et est régi par les dispositions du Code des assurances et la législation française en vigueur.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

La langue utilisée au titre du contrat est la langue française.



## 2. Définitions

**Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré.

**L'Adhérent** est la personne répondant aux conditions d'adhésion définies à l'article 6 « Groupe assuré » de la présente Notice, ayant formulé une demande d'adhésion au présent contrat et acquittant sa cotisation.

**L'Assuré** est celui sur la tête duquel repose le risque. L'Assuré est dans ce Contrat, l'Adhérent.

**L'Assureur** est l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de la société CNP Assurances - société anonyme au capital de 686 618 477 euros – 341 737 062 R.C.S. Nanterre – entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est situé 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux.

**Le Bénéficiaire** est la personne qui recevra la prestation garantie par l'Assureur en cas de réalisation du risque. Il s'agit dans ce contrat, de l'Adhérent.

**Le Candidat à l'assurance** est l'Adhérent potentiel au présent Contrat d'assurance.

**Le Certificat de garantie** est le document envoyé à l'Adhérent. Il reprend notamment les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

**Le Gestionnaire** est le ou les organisme(s) qui est/sont en charge de la gestion des adhésions, des cotisations, et des prestations pour les échanges avec les Assurés et le Souscripteur, tel(s) que visé(s) aux Conditions Particulières.

**La Fraude à l'assurance** : est un acte ou une omission, volontaire ou délibéré(e), effectué(e) en vue d'obtenir par des moyens illégaux ou irréguliers, pour soi-même ou pour un tiers, un avantage matériel ou moral qu'il soit direct ou indirect.

Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion qu'à la souscription du Contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

**Le Souscripteur** est la personne morale qui souscrit le Contrat au bénéfice de la (les) catégorie(s) de bénéficiaires visée(s) aux Conditions Particulières.

**Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères** : sont des personnes dont la résidence est située sur le territoire national, dans un autre État membre de l'Union européenne (UE) ou un pays tiers et qui sont exposées à « *risques plus élevés* » de blanchiment de capitaux, notamment de corruption, en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont exercées depuis moins d'un an pour le compte d'un État ou d'une institution internationale publique créée par un traité, ou qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées. Il en est de même pour les personnes qui exercent ou ont exercé des fonctions publiques importantes sur le territoire national.

Les fonctions des PPE sont listées aux articles L. 561-18 et R. 561-18-I du Code monétaire et financier.

La qualité de PPE couvre également les membres directs de la famille et les personnes qui sont étroitement associés aux PPE (article R 561-18 II et III du Code monétaire et financier).

**Point d'indice de la Fonction publique** : est la valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions divisée par 100.

La valeur annuelle du traitement et de la solde afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 907,34 euros depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023. La valeur du point au 1<sup>er</sup> janvier 2024 est donc de 4,92 €. Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du Point, l'Adhérent peut se référer au site : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/connaitre-point-dindice>

**Le Preneur d'assurance** est l'Adhérent.

**Support durable** : tout instrument offrant la possibilité à l'Assuré, à l'Assureur, au Gestionnaire du Contrat ou au Souscripteur du Contrat de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

**Support durable** : tout instrument offrant la possibilité à l'Assuré, à l'Assureur, au Gestionnaire du Contrat ou au Souscripteur du Contrat de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées,

et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

**Souscripteur** : la personne morale qui souscrit le Contrat au bénéfice de la catégorie visée en Annexe 1.

### **3. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance**

Les informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance sont :

- Le Contrat n° P481G est assuré par CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré 341 737 062 RCS Nanterre - dont le siège social est situé 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux.
- Le Contrat n° P481G est souscrit par la Caisse des Dépôts et Consignations, agissant pour elle-même et pour ses filiales qui lui sont rattachées, située 56, rue de Lille – 75 007 Paris.
- Le Contrat n° P481G est géré par MUTUELLE GÉNÉRALE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, Immatriculé au RCS sous le numéro SIRET N° 775 685 340 03557, et dont le siège social est situé au 1- 11, rue Brillat Savarin – 75013 Paris.
- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
- Le montant de cotisation est indiqué sur le Certificat d'adhésion.
- L'adhésion court de la date de conclusion jusqu'au 31 décembre de la même année et se renouvelle ensuite par tacite reconduction, sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnés à l'article 15 de la présente Notice.
- Les garanties sont définies à l'article 32 de la présente Notice.
- Les exclusions du Contrat n° P481G figurent à l'article 35 de la présente Notice.
- La proposition commerciale relative au contrat n° P481G est valable trente (30) jours et au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de son émission.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 11 et 13 de la présente Notice.
- L'adhésion au Contrat n° P481G s'effectue selon les modalités décrites à l'article 7 de la présente Notice.
- Les modalités de versement des cotisations sont indiquées à l'article 16 de la présente Notice. Le paiement des cotisations s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Assuré ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un État membre de l'Union européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- Les frais afférents à la vente à distance – coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de port liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré – sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 9 de la présente Notice.
- Les relations contractuelles et précontractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français.
- L'Assureur et le Souscripteur utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 21 de la présente Notice.
- Il existe un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

- L'Assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)).

#### **4. Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du Contrat**

Le Contrat prend effet sous réserve de sa signature par les parties contractantes et sous réserve que le Souscripteur et ses éventuels bénéficiaires effectifs ne fassent pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du contrat, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025. Il se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année civile engagée.

**Le Contrat est tacitement reconduit chaque premier (1<sup>er</sup>) janvier pour une durée d'un (1) an, sauf résiliation par le Souscripteur ou l'Assureur dans les conditions fixées ci-après. Le contrat est conclu pour une durée de six (6) ans soit au plus tard jusqu'au 31 décembre 2030.**

##### **Résiliation du Contrat par l'Assureur**

La résiliation du Contrat par l'Assureur s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée au plus tard le trente et un (31) octobre de l'année en cours (cachet de La Poste faisant foi) pour une prise d'effet le premier (1<sup>er</sup>) janvier de l'année suivante.

En outre, l'Assureur peut résilier le Contrat en cas de fausse déclaration telle que prévue à l'article 10 de la présente notice.

##### **Résiliation du Contrat par le Souscripteur**

Le Souscripteur peut, à l'expiration d'un délai d'un (1) an, résilier le Contrat. Pour cela, il notifie la résiliation au moins deux (2) mois avant la date d'échéance soit au plus tard le trente-et-un (31) octobre de l'année en cours, par l'un des moyens énoncés ci-dessous :

- Soit par lettre ou tout autre Support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social de l'Assureur ou chez le Gestionnaire du Contrat,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par communication à distance lorsque le Contrat a été proposé par ce mode de communication,

- Soit par voie électronique en remplissant un formulaire de résiliation sur le site internet du Gestionnaire, ou, le cas échéant, de l'Assureur ([www.cnp.fr](http://www.cnp.fr))

Le Gestionnaire ou, le cas échéant, l'Assureur confirmera par écrit la réception de la notification de la résiliation.

En cas de demande de résiliation par internet, le Gestionnaire ou, le cas échéant, l'Assureur confirmera la réception de la notification de la résiliation par voie électronique.

#### **5. Modification des garanties et révision du contrat**

##### 5.1 - Modification du Contrat

Les Conditions Générales et/ou les Conditions Particulières peuvent être modifiées par l'Assureur en accord avec le Souscripteur, par voie d'avenant au Contrat d'assurance de groupe.

En cas d'évolution des résultats techniques constatés sur tout ou partie des garanties, d'une aggravation du risque, ou d'une modification législative ou réglementaire, amenant une modification des conditions d'application du Contrat ou des engagements de l'Assureur, ce dernier peut proposer une modification du Contrat, y compris concernant les cotisations.

En cas de modification des droits et obligations de l'Assuré, le Souscripteur du Contrat est tenu de l'informer par écrit au moins trois (3) mois avant la date de prise d'effet. Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de l'information aux Assurés.

##### 5.2 - Révision du Contrat

Une révision, globale ou partielle, du Contrat peut intervenir si le contexte juridique, fiscal ou social vient à modifier les conditions d'application.

Toute révision du Contrat qui résulte de l'application impérative d'un texte législatif ou réglementaire s'impose aux Parties et sera donc portée au Contrat.

## **II. DISPOSITIONS AFFÉRENTES À L'ADHÉSION**

### **6. Groupe assuré**

Peuvent adhérer au Contrat, toute personne visée par l'une des catégories suivantes :

- Les agents actifs ayant le statut de fonctionnaires titulaires et stagiaires, d'agents contractuels de droit public ainsi que les agents ayant conservé le bénéfice des droits et garanties prévus par le statut de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM).
- les agents retraités ayant la qualité de Bénéficiaire actif à la date de sa cessation d'activité pour admission à la retraite et titulaire d'une pension de retraite :
  - de droit direct du régime du code des pensions civiles et militaires de retraite,
  - du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques mentionné à l'article L. 921-2-1 du Code de la sécurité sociale ou du régime spécial des Mines.

**L'adhésion au présent Contrat suppose que l'Adhérent bénéficie également du contrat frais de soins de santé à adhésion obligatoire n° P474Z ou du contrat frais de soins de santé à adhésion facultative n° P475A.**

**L'agent bénéficiant du contrat à adhésion facultative Décès, Incapacité de travail et Invalidité n° P479E peut également demander son adhésion au présent Contrat dans un délai d'un (1) an suivant son départ à la retraite.**

## **7. Formalités d'adhésion**

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion selon un modèle établi par l'Assureur, rempli, daté et signé. Par le bulletin d'adhésion, Le Candidat à l'assurance précise son identité et fournit les informations demandées relatives aux éléments nécessaires à la détermination de sa couverture et au calcul de sa cotisation, donne son consentement à l'assurance et reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information et du document d'information précontractuel.

Sur le bulletin d'adhésion, le Candidat à l'assurance choisit son niveau de garantie (Option 1 ou Option 2).

La demande d'adhésion est soumise à formalités médicales. L'Adhérent remplit une déclaration d'état de santé (DES) qu'il joint à son bulletin.

Si l'Adhérent répond par la négative à toutes les questions posées dans la DES, l'Assureur accepte l'adhésion sans réserves.

Si l'Adhérent ne répond pas par la négative à l'une des questions posées dans la DES, l'adhésion est soumise au renseignement d'un questionnaire de santé qui devra être joint au bulletin d'adhésion.

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de trois (3) mois à compter de la date de signature apposée par le Candidat à l'assurance.

Ce questionnaire et toute pièce médicale est à placer sous pli confidentiel et fermé, et à adresser au Médecin-conseil du Gestionnaire agrafé à la demande d'adhésion à l'adresse suivante :

La Mutuelle Générale  
A l'attention du Médecin conseil  
523 cours du 3ème Millénaire, Bat C  
CS 80160 – 69800 Saint Priest Cedex

A réception du dossier complet du Candidat à l'assurance, le Gestionnaire :

- accepte la demande d'adhésion sans réserve,
- accepte la demande d'adhésion avec application d'un tarif risque aggravé,
- Ajourne la demande dans l'attente d'éléments complémentaires sollicités.

Le Gestionnaire notifie sa décision à l'Assuré.

Les conditions d'acceptation dans l'assurance donnent lieu à délivrance d'une proposition à l'agent. L'agent doit alors donner son accord exprès aux conditions d'acceptations formulées par le Gestionnaire et reçoit un certificat d'adhésion.

**Si l'ancien agent est retraité à la date d'effet du Contrat, il doit formuler sa demande d'adhésion dans un délai d'un (1) an maximum suite à la date de prise d'effet de ce Contrat et être âgé de moins de 75 ans.**

**Si l'agent cesse son activité professionnelle afin de faire valoir ses droits à la retraite après la prise d'effet du Contrat, il peut demander son adhésion au Contrat dans un délai d'un (1) an suivant son départ à la retraite.**



## 8. Modification de l'option choisie en cours d'adhésion

L'Adhérent peut modifier en cours d'adhésion son choix d'option.

### Modification à la baisse (Option 2 vers option 1) :

L'Adhérent doit renseigner un bulletin d'adhésion constatant son nouveau choix d'option et l'adresser au gestionnaire du contrat à l'adresse suivante :

La Mutuelle Générale  
CG 500 - TSA 30056  
69796 Saint Priest Cedex

La demande n'est pas soumise à formalités médicales.

Le changement d'option prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception du bulletin par le gestionnaire et constaté par l'envoi d'un nouveau certificat d'adhésion. Le changement donne lieu à modification de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 16 de la présente Notice.

### Modification à la hausse (Option 1 vers Option 2) :

L'Adhérent doit renseigner un bulletin d'adhésion constatant son nouveau choix d'option et l'adresser au gestionnaire du contrat à l'adresse suivante :

La Mutuelle Générale  
CG 500 - TSA 30056  
69796 Saint Priest Cedex

La demande d'adhésion est soumise à formalités médicales et l'Adhérent doit être âgé de moins de 75 ans à la date de sa demande. L'Adhérent remplit une déclaration d'état de santé (DES) qu'il joint à son bulletin.

Si l'Adhérent répond par la négative à toutes les questions posées dans la DES, l'Assureur accepte la demande de modification à la hausse sans réserves. L'adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'envoi du bulletin d'adhésion accompagné de la Déclaration d'état de santé.

Si l'Adhérent ne répond pas par la négative à l'une des questions posées dans la DES, l'adhésion est soumise au renseignement d'un questionnaire de santé qui devra être joint au bulletin d'adhésion dans les conditions prévues à l'article 7 de la présente Notice.

L'option 2 prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'acceptation du Médecin conseil de l'Assureur et de l'Assuré le cas échéant. La cotisation correspondante prend effet à cette même date.

## 9. Renonciation

### Article 8.1 - Délai de renonciation

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage, vente à distance ou vente en face à face), l'Adhérent bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion (article L. 112-9 du code des assurances).

Pendant cette période de quatorze (14) jours, aucune cotisation n'est due, et les garanties ne prennent pas effet. Un sinistre survenant pendant cette période ne donne donc pas lieu à prise en charge.

L'Adhérent a toutefois la possibilité de demander, lors de son adhésion, la mise en œuvre immédiate de la garantie. Dans cette hypothèse, et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la garantie prend effet à la date de conclusion de l'adhésion, l'Adhérent conservant malgré tout et sauf survenance d'un sinistre couvert pendant le délai de quatorze (14) jours, la possibilité de renoncer à son adhésion dans le délai et les conditions prévus au présent article.

### Article 8.2 - Exemple de courrier de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser au Gestionnaire du Contrat une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme)..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° P481G que j'ai signé le ..... à ..... (Lieu d'adhésion).

Le ..... (Date et signature) ».

### Article 8.3 - Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement sur le compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

Les effets sur l'adhésion au Contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Assureur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. L'Adhérent reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

### 10. Fausse déclaration

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part du Souscripteur entraîne la nullité de la souscription ou la réduction des garanties conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.**

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part de l'Assuré /ou bénéficiaire(s) entraîne, quelle que soit la garantie mise en jeu, la nullité de la couverture de l'Assuré et de son (ses) éventuel(s) bénéficiaire(s) ou la réduction des garanties conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.**

### 11. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour le candidat à l'assurance qui devient alors Assuré, à sa demande expresse et sous réserve du paiement de la cotisation, à la date de conclusion de son adhésion mentionnée à l'article 13 de la présente Notice.

### 12. Evolution du risque en phase précontractuelle

L'adhésion repose sur l'exactitude des déclarations de l'Assuré conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances.

Toute modification de l'état de santé du Candidat à l'assurance intervenant entre le jour de la demande d'adhésion et l'acceptation du Gestionnaire devra lui être déclarée.

Cette déclaration doit être faite, par lettre recommandée, à l'adresse suivante étant précisé que tout document à caractère médical doit être placé, sous pli fermé et confidentiel, :

La Mutuelle Générale  
A l'attention du Médecin conseil  
523 cours du 3ème Millénaire, Bat C  
CS 80160 – 69800 Saint Priest Cedex

### 13. Prise d'effet de l'adhésion

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, l'adhésion soumise à Déclaration de santé prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation par l'Assureur.

Dans le cas d'une adhésion au Contrat soumise à questionnaire de santé, celle-ci prend effet au premier jour du mois qui suit l'acceptation de l'Assureur et de l'Assuré, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

En cas de défaut du paiement de la cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

**En tout état de cause, l'adhésion ne pourra prendre effet que sous réserve que l'Adhérent ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin d'adhésion.**

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 14 de la présente Notice et donne lieu à l'envoi, par le Souscripteur, à chaque Assuré d'un certificat d'adhésion confirmant son inscription au Contrat.

**Seuls les sinistres survenus postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion sont couverts au titre du Contrat.**

#### **14. Résiliation de l'adhésion par l'Assuré**

**L'Assuré peut dénoncer son adhésion auprès de l'Assureur ou du Gestionnaire :**

- **A l'échéance de la première année d'assurance, en respectant un délai de préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle,**
- **En cas de modification de ses droits et obligations telle que décrite à l'article 5 du Contrat, l'Assuré peut mettre fin à son adhésion dans un délai de trente (30) jours suivant la date de réception de la notification des modifications, le cachet de la Poste faisant foi.**

**La cessation de l'adhésion prend effet à l'échéance mensuelle qui suit la notification de la résiliation à l'Assureur,**

- **En cas de non-acceptation de la révision de la cotisation, dans les conditions décrites à l'article 19 de la présente Notice.**

Pour cela, il notifie la résiliation par l'un des moyens énoncés ci-dessous :

- Soit par lettre ou tout autre Support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social de l'Assureur ou chez le Gestionnaire du Contrat,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par communication à distance lorsque le Contrat a été proposé par ce mode de communication,
- Soit par voie électronique en remplissant un formulaire de résiliation sur le site internet du Gestionnaire, ou, le cas échéant, de l'Assureur ([www.cnp.fr](http://www.cnp.fr)).

**Le Gestionnaire ou, le cas échéant, l'Assureur confirmera par écrit la réception de la notification de la résiliation.**

**En cas de demande de résiliation par internet, le Gestionnaire ou, le cas échéant, l'Assureur confirmera la réception de la notification de la résiliation par voie électronique.**

#### **15. Cessation et suspension des garanties**

Les garanties cessent pour chaque Assuré, à la date :

- de la résiliation du présent Contrat,
- de la résiliation du contrat frais de soins de santé à adhésion obligatoire n° P474Z ou du contrat frais de soins de santé à adhésion facultative n° P475A,
- de résiliation de l'adhésion au contrat frais de soins de santé à adhésion facultative n° P475A,
- de la fourniture de documents inexacts ou falsifiés ayant pour but d'obtenir des prestations indues, dans cette hypothèse les cotisations versées par l'Assuré restent acquises à l'Assureur,
- de la prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Assuré,
- de sortie de l'Assuré de la catégorie de personnel couverte au titre du Contrat,
- de la prise d'effet de l'exclusion de l'Assuré au contrat pour défaut de paiement de cotisation tel que prévu à l'Article L. 141-3 du Code des assurances,
- du décès de l'Assuré.



### III. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS

#### 16. Paiement de la cotisation de l'Adhérent

##### 16.1 - Montant de la cotisation

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation par l'Adhérent. Le montant des cotisations figure en Annexe 1 de la présente Notice.

Le montant de la cotisation de la 1<sup>ère</sup> année est calculé en mois entier *pro rata temporis* pour la période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion et le 31 décembre suivant.

La cotisation est calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'adhésion au Contrat et du montant de garantie choisi, en application du barème des cotisations annexé à la présente Notice.

La cotisation est revalorisée chaque premier (1<sup>er</sup>) janvier sur la base de la valeur du Point de la Fonction Publique au trente (30) septembre de l'année précédente et arrondie au centime d'euro le plus proche.

##### 16.2 - Révision de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle due par le La cotisation est révisable lors de chaque renouvellement annuel de la garantie, en fonction des résultats du Contrat.

Les cotisations peuvent être modifiées périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction :

- de l'évolution démographique,
- de la réglementation,
- des paramètres utilisés par la Sécurité sociale,
- des résultats du Contrat,
- de la sinistralité générale (fréquence ou coût des sinistres).

En cas de modification de l'option, la cotisation actualisée est calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date de la demande de modification.

Ces modifications sont constatées par l'envoi d'un Certificat de garantie à l'Adhérent par l'Assureur.

#### 17. Paiement des cotisations

L'Assuré est tenu au paiement des cotisations à l'égard de l'Assureur ou de son Gestionnaire.

L'Assureur ou son Gestionnaire procède à l'appel des cotisations auprès de l'Assuré. La cotisation est payable mensuellement par prélèvement sur le compte bancaire de l'Assuré ou par virement bancaire.

**Tout impôt ou taxe à venir est à la charge de l'Assuré et payable en même temps que la cotisation.**

#### 18. Défaut de paiement des cotisations par l'Adhérent

**À défaut de paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, l'adhésion de l'Assuré pourra être résiliée dans un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.**

**La résiliation de l'adhésion par l'Assureur ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues.**

#### 19. Dénonciation

Toute modification du montant de la cotisation est notifiée par le Souscripteur à l'Assuré trois (3) mois avant sa prise d'effet. L'Assuré dispose alors d'un délai de trente (30) jours pour la refuser et mettre fin à son adhésion à compter du moment où il a eu connaissance de la révision de la cotisation, le cachet de la Poste faisant foi.

La dénonciation prend alors effet le premier (1<sup>er</sup>) jour du mois suivant la date de réception du courrier refusant la ou les modification(s), le cachet de la Poste faisant foi.

#### **IV. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX DROITS ET INFORMATIONS DES ASSURÉS**

##### **20. Information des Assurés**

Le Souscripteur remet aux Assurés la notice d'information relative au Contrat, rédigée par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Le Souscripteur est tenu de remettre avant l'adhésion, le document d'information précontractuel.

**Le Souscripteur est tenu d'informer les Assurés par écrit de toute modification de leurs droits et obligations trois (3) mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur.**

**Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la notice, du document d'information précontractuel et des informations sur les éventuelles modifications apportées au Contrat.**

##### **21. Réclamations - Médiation**

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, il est d'abord recommandé à l'Assuré, le(s) bénéficiaire(s), le(s) mandataire(s) ou l'(es) ayant(s) droit de formuler leur demande auprès du Gestionnaire aux coordonnées suivantes :

- Par voie postale : La Mutuelle Générale, CG 500 - TSA 30056, 69796 Saint Priest Cedex.
- Par voie électronique : sur l'espace adhérent.

L'Assureur ou le cas échéant, le Gestionnaire en accusera réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi (sauf si une réponse a pu lui être apporté avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de l'envoi, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées à l'intéressé.

En tout état de cause, l'Assuré, le(s) bénéficiaire(s), le(s) mandataire(s) ou l'(es) ayant(s) droit peut (peuvent) deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite s'adresser à la Médiation de l'assurance :

- Par voie postale : la Médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09
- Par voie électronique : <https://formulaire.mediation-assurance.org/>

**L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux à l'issue de la procédure de médiation.**

##### **22. Prescription**

**Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

1°) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

**Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.**

**La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur (entendu comme l'assuré) et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.**

**Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°), les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré.**

**La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur (entendu comme l'Assuré) et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Assuré décédé.**

Conformément à l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- Une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- L'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait.

La prescription est également interrompue par :

- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre ; ou
- L'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée :
  - o Par l'Assureur au Souscripteur ou l'Assuré, le cas échéant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ; ou
  - o Par l'Assuré ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### **23. Protection des données à caractère personnel**

Conformément au Règlement n° 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« **RGPD** ») et conformément à la loi n° 78-17 dite « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion du Contrat par CNP Assurances, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité :

- La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ;

- L'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ;
- Les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ;
- Les statistiques commerciales ;
- L'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ;
- La gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les données collectées seront conservées durant toute la durée de la vie du Contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (<http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

L'Assuré et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de leurs données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, l'Assuré et, le cas échéant, les ayants droit disposent du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, l'Assuré et, le cas échéant, les ayants droit disposent du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer.

L'Assuré et, le cas échéant, les ayants droit peuvent exercer ces différents droits :

- auprès du Gestionnaire :

- soit par voie postale, au Secrétariat Général de La Mutuelle Générale 1-11 rue Brillat-Savarin - CS 21363 - 75634 PARIS Cedex 13,
  - soit par courrier électronique, adressé au Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante [mesdonnees@lamutuellegenerale.fr](mailto:mesdonnees@lamutuellegenerale.fr).
- Après de l'Assureur :
- En se rendant sur le site internet « cnp.fr » rubrique sur le RGPD ou
  - En contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances – Service DPO, TSA n°16939, 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

L'Assuré et, le cas échéant, les ayants droit peuvent également demander la portabilité des données transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au Contrat ou lorsque leur consentement était requis.

L'Assuré et, le cas échéant, les ayants droit disposent également du droit de prévoir des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement des données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant les données, l'Assuré et, le cas échéant, les ayants droit ont le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante :

Commission Nationale Informatique et  
Libertés  
3 place de Fontenoy  
75007 PARIS,  
<https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

---

## **24. Lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et le respect des sanctions économiques et financières**

---

Comme toute compagnie d'assurances, l'Assureur est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le

financement du terrorisme, ainsi qu'au respect des sanctions économiques et financières.

**À ce titre, l'Assureur et son Gestionnaire ont l'obligation de recueillir des informations afin d'identifier et de connaître le Souscripteur, les Assurés, les Ayants droit, les Bénéficiaires ainsi que toute personne à laquelle il serait amené à verser les prestations. Les informations recueillies doivent permettre à l'Assureur et le Gestionnaire de respecter les obligations auxquelles ils sont soumis.**

---

## **25. Lutte contre la corruption**

---

CNP Assurances applique une tolérance zéro à l'égard de toute forme de corruption.

La politique de lutte contre la corruption peut être fournie sur simple demande, et le Code de conduite groupe, intitulé, pour CNP Assurances, C@pEthic, peut être consulté sur le site web [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr)

Le Souscripteur s'engage non seulement à ne participer à aucun acte de corruption, mais également à ne participer à aucune action qui, pour un tiers de bonne foi, donnerait l'apparence d'un acte de corruption.

Le Souscripteur informe immédiatement CNP Assurances sur d'éventuels risques de corruption.

Le Souscripteur veille à ne pas recevoir ou donner des cadeaux ou avantages de, ou à quelque personne que ce soit dans le cadre du Contrat.

Le Souscripteur s'engage également à appliquer une vigilance particulière dans le cadre d'une collaboration avec des agents publics, fonctionnaires ou des personnes politiquement exposées (PPE), ainsi que dans ses démarches de recrutement, pour toujours éviter toute apparence d'une forme de corruption.

Le Souscripteur veille à ce que ses délégataires ou sous-traitants ou fournisseurs appliquent des règles équivalentes en matière de lutte contre la corruption.

---

## **26. Autorité chargée du contrôle**

---

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

## V. DISPOSITIONS COMMUNES A LA GARANTIE

### 27. Fausse déclaration de l'Adhérent

**Les déclarations faites par les Adhérents au Souscripteur et à l'Assureur, ainsi que les déclarations faites par le Souscripteur à l'Assureur servent de base à la couverture.**

**Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré tant lors de l'adhésion qu'au cours du Contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.**

**Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

**L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.**

### 28. Contrôle Médical -Tierce Expertise

#### 28.1 - Contrôle Médical

A la demande du Médecin-conseil de l'Assureur, l'Assuré s'engage à communiquer toutes les pièces médicales permettant d'apprécier si le sinistre s'inscrit bien dans le cadre de la garantie du Contrat.

L'Assureur se réserve le droit :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier du sinistre,
- de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés,
- de faire contrôler, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Ces contrôles et examens peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de versement de prestation.

Dans ce dernier cas de figure, un courrier est adressé à l'Assuré soixante-dix (70) jours avant la date de révision prévue par le médecin-conseil de l'Assureur. En l'absence de réponse de la part de l'Assuré la prise en charge des échéances sera suspendue cent (100) jours après l'envoi du courrier initial et ce jusqu'à obtention du rapport de contrôle médical.

**L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée quelles que soient les conclusions du contrôle médical.**

#### 28.2. - Tierce Expertise

En cas de contestation par l'Assuré des conclusions du contrôle médical, une procédure de tierce expertise peut être mise en œuvre selon les modalités suivantes.

Le médecin missionné par l'Assureur et le médecin choisi par l'Assuré, idéalement diplômé en expertise médicale, sont invités à désigner un médecin tiers-expert afin de procéder à un nouvel examen.

A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers-expert dans un délai de trois (3) mois à dater de la mise en place de la procédure, la procédure de tierce expertise prend fin.

En cas d'entente sur la désignation du médecin tiers-expert, ce dernier procède à l'examen de l'Assuré et établit ses conclusions. Les conclusions de ce médecin tiers-expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Quelle que soit l'issue de cette procédure, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires du médecin qu'il aura désigné ainsi que la moitié des frais et honoraires du tiers-expert.

**En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.**

### 29. Subrogation

Conformément à l'article 29 3° de la loi n° 85 677 du 5 juillet 1985 et à l'article L. 131-2 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré victime d'un Accident contre le tiers



responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mise à la charge du tiers qui répare les conséquences pécuniaires de l'impossibilité de l'Assuré à travailler.

### 30. Territorialité de la garantie

La garantie Dépendance est acquise aux Assurés en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) et dans les Collectivités d'Outre-Mer (COM).

Le règlement de la garantie est effectué dans le respect des réglementations telles que visées aux Articles 24 et 25 de la présente Notice.

### 31. Revalorisation des prestations

Les prestations périodiques sont revalorisées au 1er janvier de chaque année en fonction de l'Evolution du Point de la Fonction Publique défini à l'article 2 de la présente Notice entre le 1er octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1, dans la limite de 90 % du taux de rendement de l'Actif général de l'Assureur prévisionnel de l'année (N-1) diminué du taux technique réglementaire non-vie au premier (1er) décembre (N-1).

## VI. DEPENDANCE

### 32. Objet

La garantie a pour objet le versement d'une rente à l'Assuré reconnu en état de Dépendance totale.

Est considéré en état de dépendance totale, lorsque son état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration), l'Assuré qui à la fois :

- est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

Les 4 actes ordinaires de la vie sont définis comme suit :

- **se laver** : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;

- **s'habiller** : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
  - **s'alimenter** : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
  - **se déplacer** : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).
- est reconnu par le Médecin-conseil de l'Assureur comme répondant au critère ci-dessus.

La date de reconnaissance de l'état de dépendance est la date reconnue comme telle par le Médecin-conseil du Gestionnaire au vu de l'ensemble des pièces médicales fournies.

### 33. Bénéficiaires

Le Bénéficiaire de la Rente Dépendance est l'Assuré lui-même.

### 34. Prestations

Le montant de la garantie est fonction du choix effectué par l'Assuré dans son bulletin d'adhésion (Option1 ou Option 2).

L'Assuré a le choix entre deux options (Option 1 et Option 2).

### 35. Risques exclus

**Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur les dépendances résultant :**

- **Les faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré.**
- **Les conséquences de guerre civile et étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active, à l'exclusion des Assurés qui de par leurs fonctions professionnelles sont amenés à intervenir directement.**
- **Les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la**

transmutation des noyaux d'atome à l'exclusion des Assurés qui de par leurs fonctions professionnelles sont amenés à intervenir directement.

- La participation à titre amateur ou sous contrat rémunéré ou professionnel à des compétitions, démonstrations, paris, tentatives de records, cascades, acrobaties.
- Les conséquences de rixes, sauf cas de légitime défense et assistance à personne en danger.
- Les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute.
- Le sinistre qui survient alors que l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par l'article L.234-1 du Code de la route et relevant des délits.

### **36. Modalité de versement et terme de la prestation**

Le montant de la garantie est fonction du choix effectué par l'Assuré dans son bulletin d'adhésion (Option 1 ou Option 2)

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle, versée à terme échu. A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *pro rata temporis*.

Lorsque l'Adhérent ne répond plus aux critères de reconnaissance de la Dépendance totale, sa rente est suspendue et le dernier terme calculé *pro rata temporis*.

Au décès du Bénéficiaire, le dernier terme reste acquis.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie du Bénéficiaire qui doit être produite chaque année au premier (1<sup>er</sup>) janvier.

Les prestations garanties sont versées sur le compte bancaire du Bénéficiaire ou, le cas échéant, de son représentant légal par l'intermédiaire du Souscripteur.

### **37. Modification de la situation du Bénéficiaire et Evolution du risque**

L'Assuré bénéficiant du contrat ou son représentant légal, est tenu de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de remettre en cause son état de dépendance totale.

L'Assuré ou son représentant légal, doit, par lettre recommandée, à l'adresse suivante :

La Mutuelle Générale  
A l'attention du Médecin conseil  
523 cours du 3<sup>ème</sup> Millénaire, Bat C  
CS 80160 – 69800 Saint Priest Cedex

L'Adhérent ou son représentant légal, doit également déclarer, tout changement de son lieu de vie dans les conditions définies dans le présent article.

### **38. Formalités de règlement de la prestation**

Les demandes de règlement doivent être adressées par le Souscripteur à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- Un certificat médical établi par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel et fermé au Médecin-Conseil ;
- la décision du président du Conseil Départemental du lieu de résidence de l'Assuré relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. A noter que ce document permettra d'étudier le dossier, cependant l'attribution de l'APA ne vaut pas mise en jeu de la garantie celle-ci étant évaluée sur la base de critères contractuellement définis ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) du compte sur lequel la rente devra être versée ;
- toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'état de dépendance ;



**Assurons  
un monde  
plus ouvert**

- toute autre pièce ou formulaire notamment d'ordre médical demandé par l'Assureur.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

## ANNEXE 1 – DESCRIPTIF DES GARANTIES

### GESTIONNAIRE DU CONTRAT

La gestion du Contrat est confiée à : La Mutuelle Générale,  
Immatriculé au RCS sous le numéro SIRET 775 685 340 03557,  
Dont le siège social est situé 1-11 Rue Brillat Savarin - CS 21363 - 75 013 Paris.

### DATE D'EFFET

Le Contrat prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

### GROUPE ASSURABLE

Peuvent adhérer au présent Contrat :

- Les agents actifs ayant le statut de fonctionnaires titulaires et stagiaires, d'agents contractuels de droit public ainsi que les agents ayant conservé le bénéfice des droits et garanties prévus par le statut de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM).
- les agents retraités ayant la qualité d'agent actif à la date de sa cessation d'activité pour admission à la retraite et titulaire d'une pension de retraite :
  - de droit direct du régime du code des pensions civiles et militaires de retraite,
  - du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques mentionné à l'article L. 921-2-1 du Code de la sécurité sociale ou du régime spécial des Mines.

**L'adhésion au présent Contrat suppose que l'Adhérent bénéficie également du contrat frais de soins de santé à adhésion obligatoire n° P474Z ou du contrat frais de soins de santé à adhésion facultative n° P475A.**

**L'agent bénéficiant du contrat à adhésion facultative Décès, Incapacité de travail et Invalidité n° P479E peut également demander son adhésion au présent Contrat dans un délai d'un (1) an suivant son départ à la retraite.**



## TAUX ET ASSIETTE DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation annuelle due par l'Assuré est la suivante :

Tarifs bruts par Tranches d'âges *	Montants annuels	
	Option 1	Option 2
51 ans et moins	60,00 €	78,00 €
52-53 ans	70,00 €	91,00 €
54-55 ans	79,00 €	103,00 €
56-57 ans	89,00 €	116,00 €
58-59 ans	99,00 €	129,00 €
60-61 ans	108,00 €	140,00 €
62-63 ans	118,00 €	153,00 €
64-65 ans	127,00 €	165,00 €
66-67 ans	137,00 €	178,00 €
68-69 ans	147,00 €	191,00 €
70 ans et plus	156,00 €	203,00 €

(\*) tarif par âge à la demande d'adhésion

Ces taux de cotisation seront majorés avec application d'un tarif risque aggravé si nécessaire suite à l'examen du questionnaire de santé (article 7 de la présente Notice)

## GARANTIES

Option 1	Option 2
Rente mensuelle de 360 € / mois	Rente mensuelle de 465 € / mois



## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE

(Établie à la suite de la suppression de la fiche d'état civil par décret n°2000-1277 du 26 décembre 2000 portant simplification de formalités administratives)

ADRESSE			
TÉLÉPHONE			
GROUPES DE GESTION		N° DE CONTRAT	
N° DE CLIENT		N° DE DOSSIER	
NOM DU BÉNÉFICIAIRE			

### DÉCLARATION

Je soussigné(e) Mme, M. (nom) .....

Nom de jeune fille

.....  
(Pour les femmes mariées, divorcées ou veuves)

Prénoms

..... ( Selon l'ordre de l'état civil)

Né(e) le ..... à ..... (commune et département de naissance)

Demeurant (adresse complète) .....

Déclare remplir les conditions pour recevoir la rente [XXX].

Conformément aux dispositions fixées par le Contrat d'assurance référencé ci-dessus.

Je reconnais avoir été informé(e) que la présente déclaration engage ma responsabilité en cas de faux ou usage de faux selon l'article L.441-7<sup>(1)</sup> du Code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles L.313-1<sup>(2)</sup> et L.313-3<sup>(3)</sup> du Code pénal.

<sup>(1)</sup> Article L 441-7 « *Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende le fait :*

*1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts,*

*2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère,*

*3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.*

*Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 Euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui »*

<sup>(2)</sup> Article L 313-1 : « *L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 Euros d'amende. »*

<sup>(3)</sup> Article L 313-3 : « *La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-2 sont applicables au délit d'escroquerie ».*



## Assurons un monde plus ouvert

assurances

Conformément au Règlement n° 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGDP ») et conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre Contrat d'assurance par CNP Assurances, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, la gestion et l'exécution des Contrats d'assurance ; l'élaboration des statistiques et études actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ; les statistiques commerciales ; l'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un Contrat ou une prestation complémentaire ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au Contrat.

Vos données seront conservées durant toute la durée de la vie contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (<http://www.cnp.fr/Particulier/Information-reglementee>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur le site internet « [cnp.fr](http://cnp.fr) » rubrique sur le RGPD ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Service DPO, TSA n° 16939, 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel ([dpo@cnp.fr](mailto:dpo@cnp.fr)).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au Contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 PARIS, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Fait à....., le .....

Signature (précédée de la mention « *lu et approuvé* »)

CNP Assurances – Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux – 01 42 18 88 88 – [www.cnp.fr](http://www.cnp.fr)  
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Nanterre  
Entreprise régie par le code des assurances – IDU REP Papiers FR231782\_03IAIS



ii