

Notice d'information

Relative au Contrat d'assurance de groupe

N° A063 F Dépendance

à adhésion obligatoire

Document à conserver par l'Assuré et l'Ayant droit

DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT

Cette notice d'information est destinée aux assurés relevant du Contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire n° A063 F, ci-après dénommé le « Contrat », la MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS, ci-après dénommée le « Souscripteur » ou « MSPP » auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée l'« Assureur »

Elle en présente les Conditions Générales et Particulières

Article 1 - Objet du Contrat et Intervenants au Contrat

Article 1.1 - Objet du Contrat

Le contrat d'assurance de groupe n° A063 F, dénommé « Contrat », à adhésion obligatoire a pour objet de garantir, aux Membres participants (personnes physiques) de la MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS, tels que définis aux Statuts et au règlement mutualiste (dénommé Règlement mutualiste) le service d'une rente dépendance au bénéfice des assurés, définis à l'article 5, qui se trouvent en état de dépendance tel que défini à l'article 21 ci-après.

Le Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire sur décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale du Souscripteur en date du 24 mai 2018, conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité.

Il relève des branches : 1. Accidents, 2. Maladie mentionnées à l'article R. 321-1 du code des assurances.

Il est régi par ses Conditions Générales et ses Conditions Particulières, leurs éventuels avenants ultérieurs ainsi que par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

Article 1.2 - Intervenants au Contrat

L'assureur est CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris – entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry, 75716 Paris cedex 15, ci-après dénommée l'« Assureur ».

Le souscripteur du Contrat est la MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS (MSPP), ci-après dénommée le « Souscripteur » ou « MSPP », mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 391 036 183, dont le siège social est situé

104 avenue de Fontainebleau 94270 Le Kremlin-Bicêtre.

L'article des Statuts de la MSPP intitulé « objet de la mutuelle » stipule, notamment, que celle-ci a vocation, à titre accessoire, à proposer « des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance » conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité.

La gestion du Contrat est confiée au souscripteur :

MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS
104 avenue de Fontainebleau
94270 – Le Kremlin-Bicêtre
01.43.90.44.51 (appel non surtaxé).

Article 2 - Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

- Le Contrat n° A063 F est assuré par CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de CNP Assurances.

- Le montant de la cotisation annuelle due au titre de la première année d'adhésion au Contrat est calculé prorata temporis, pour une période allant de la date de conclusion de l'adhésion inscrite au Bulletin d'adhésion, jusqu'au 31 décembre de la même année conformément à la tarification prévue en Annexe 2 le cas échéant.

- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 7 de la présente notice d'information. L'adhésion se termine le 31 décembre suivant sa date de conclusion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction conformément à l'article 7 sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnés à l'article 8 de la présente notice d'information. Les garanties du contrat n° A063 F sont mentionnées aux articles 21.1 pour la Garantie dépendance totale et aux articles 21.2 Garantie dépendance partielle.

Les exclusions sont mentionnées à l'article 22, de la présente notice d'information.

- L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint.

L'adhésion au Contrat n° A063 F s'effectue selon les modalités décrites à l'article 6 de la présente notice d'information. Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 17 de la présente notice d'information. Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Adhérent ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat 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'Adhérent – 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 d'information. En contrepartie de la prise d'effet des garanties avant l'expiration du délai de renonciation prévu à l'article 9 de la présente notice d'information, l'Assuré doit acquitter le montant de la première cotisation.

- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Adhérent/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 29 de la présente notice d'information.

Il existe un Fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/1999 - article L 423-1 du code des assurances, et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n°90-86 du 23/01/1990).

- Le document d'information normalisé prévu par l'article L. 112-2 du code des assurances a fait l'objet d'une remise au Souscripteur. Ce dernier, en qualité de distributeur se doit de remettre le document précité à l'adhérent avant la conclusion de l'/son adhésion conformément aux textes en vigueur.

- L'Adhérent 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).

Article 3 - Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du Contrat

Article 3.1 Prise d'effet, durée, renouvellement du Contrat

Le Contrat a pris effet le 1er janvier 2019 jusqu'au 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite chaque 1er janvier par tacite reconduction, sauf résiliation par le Souscripteur ou l'Assureur, notifiée par lettre recommandée à l'autre partie, avec un préavis de trois mois avant cette date.

Article 3.2 Résiliation du Contrat

La résiliation du Contrat relatif à la présente notice met fin à toute possibilité de nouvelles adhésions au titre du Contrat et fait cesser les garanties des assurés dont l'affiliation est antérieure à la date d'effet de la résiliation sauf dérogations prévues en Annexe 2 de la présente Notice.

Les prestations en cours de service se poursuivent à leur niveau atteint à la date de résiliation et jusqu'à leur terme contractuel.

L'Assureur conserve, en contrepartie des engagements maintenus, l'intégralité des provisions mentionnées au Contrat, sauf accord qui interviendrait entre les parties pour transférer les provisions auprès d'un autre Organisme Assureur.

Il appartiendra au Souscripteur d'aviser les assurés de la résiliation conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur à cette date et de les informer sur les conséquences de celle-ci sur leur adhésion/affiliation.

Article 4 - Modification en cours de vie du Contrat

Les droits et obligations des assurés peuvent être modifiés par avenant au contrat d'assurance de groupe. En cas de modification, le Souscripteur du contrat est tenu d'en informer tous les assurés par écrit au moins trois mois avant leur date de prise d'effet.

L'Assuré peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications selon les modalités de l'article 15 de la présente notice. Le Membre participant s'engage à informer, le cas échéant, ses ayants droit affiliés au Contrat.

DISPOSITIONS AFFÉRENTES À L'ADHÉSION

Article 5 - Groupe assuré

Peuvent être assurés au titre du Contrat, sous réserve de la déclaration effectuée par le Souscripteur :

- le Membre participant du Souscripteur,
- les ayants droit du Membre participant suivants, dûment inscrits au Règlement mutualiste, pour lesquels le Membre participant s'engage à s'acquitter de la cotisation afférente, à savoir le concubin et le signataire d'un pacte civil de solidarité ayant droit du membre participant.

Dès lors qu'ils sont assurés le Membre participant et les ayants droit du Membre participant sont chacun dénommés « Assuré ».

Les personnes en état de dépendance partielle ou totale tel que défini à l'article 20 ne peuvent adhérer au Contrat.

Dans le cadre de la présente notice, on doit entendre par

Adhérent : Membre participant du Souscripteur, à jour de sa cotisation statutaire annuelle.

Assuré : le Membre participant du Souscripteur, à jour de sa cotisation auprès du Souscripteur, relevant de la population assurée et assuré par l'Assureur.

Ayant droit : est considéré comme Ayant droit du Membre participant, le Conjoint de ce dernier, ou à défaut son Partenaire lié par un PACS, ou à défaut son Concubin, dès lors qu'il ne peut lui-même être qualifié de Membre participant, sous réserve des exceptions prévues en Annexe 2 le cas échéant (exemple d'exception : Conjoint qui n'a jamais bénéficié de prestation maladie du Souscripteur).

Accident : est défini comme 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.

Conjoint : la personne mariée au Membre participant.

Concubin : la personne vivant en couple avec l'Assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune, présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

Membre participant : personne physique majeure adhérente à la MSPP, telle que définie aux statuts de la MSPP.

Partenaire lié par un PACS : la personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Souscripteur : la MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS (MSPP).

Article 6 - Formalités d'adhésion

Article 6.1 - Adhésion du Membre participant

Seul le Membre participant du Souscripteur a la qualité d'adhérent, dénommé « Adhérent ».

Il ne peut être conclu qu'une seule adhésion sur la tête d'un même Membre participant.

Il adhère à titre obligatoire au contrat d'assurance de groupe en vue de bénéficier et faire bénéficier le cas échéant ses ayants droits, des garanties, tels que définis ci-dessous :

- « GARANTIE DÉPENDANCE TOTALE ET PARTIELLE »

Les personnes en état de dépendance totale ou partielle telle que défini à l'article 20 et suivants de la présente notice ne peuvent adhérer ni s'affilier au Contrat.

Chaque Membre participant adhère au Contrat, sur la foi des déclarations effectuées par le Souscripteur. L'Assureur ne se trouve engagé que par les déclarations et pièces transmises par celui-ci.

Toute fausse déclaration intentionnelle du Membre participant entraîne la nullité de l'adhésion du membre participant, ainsi que, le cas échéant, des affiliations qui en découlent, conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement des cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de prélèvements automatiques, le Membre participant doit adresser au souscripteur un relevé d'identité bancaire (RIB) à son nom.

Article 6.2 - Affiliation des ayants droit du Membre participant

Il ne peut être conclu qu'une seule affiliation sur la tête d'un même ayant droit.

Les ayants droit du Membre participant, dûment inscrits au Règlement mutualiste du Souscripteur et répondant aux Statuts du Souscripteur, sont affiliés au Contrat de manière automatique.

Cette affiliation s'effectue conformément au Règlement mutualiste et aux statuts du Souscripteur.

Toute fausse déclaration intentionnelle du membre participant entraîne la nullité de l'affiliation conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement des cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 7 - Date de conclusion, prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au Contrat est conclue pour une période allant de la date d'acceptation de l'Assureur jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction, au 1^{er} janvier, sous réserve du paiement des cotisations.

Article 8 - Cessation de l'adhésion et de l'affiliation

L'adhésion et, le cas échéant, l'affiliation prend/prennent fin en cas de :

• Résiliation de l'adhésion du Membre participant

Cette résiliation n'est possible que si le Membre participant a résilié son adhésion au Règlement mutualiste ou s'il a été radié ou exclu par le Souscripteur du Règlement mutualiste et aux Statuts du Souscripteur. Cette résiliation prend effet dans les mêmes conditions que celle afférente au Règlement mutualiste et aux Statuts, quelle qu'en soit la cause. La cessation de l'adhésion du Membre participant met également fin, le cas échéant, aux affiliations qui en découlent.

• Radiation d'un ayant droit

Le Membre participant peut demander, conformément au Règlement mutualiste et aux statuts du Souscripteur, la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prend effet dans les mêmes conditions que celle prévue au titre du Règlement mutualiste et des statuts. L'affiliation de l'ayant droit cesse également à la date à laquelle il est radié par le Souscripteur sauf si le membre participant formule une demande pour que l'ayant droit continue d'être couvert par le contrat Dépendance proposé par l'Assureur.

• Résiliation du Contrat

Les adhésions, et, le cas échéant, les affiliations qui en découlent, cessent à la date de prise d'effet de la résiliation du Contrat, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 3.2 de la présente notice.

• Décès du membre participant ou d'un ayant droit

Au 1^{er} jour du mois qui suit le décès du Membre participant ou de l'ayant droit, l'adhésion ou l'affiliation prend fin et le versement des rentes mensuelles cesse. L'acte de décès doit être adressé au Souscripteur dans les plus brefs délais, à charge pour ce dernier, de l'adresser à l'Assureur. En cas de décès du Membre participant, les affiliations qui découlent de son adhésion cessent à la même date, néanmoins l'ayant droit pourra adhérer automatiquement en tant que membre participant

dans l'année suivant la date du décès sous réserve d'être à jour de sa cotisation.

• Non-paiement des cotisations conformément à l'article 17.3.

• Renonciation. Cette renonciation s'exerce selon les modalités fixées à l'article 9.

Article 9 - Droit à renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance

a) Délai pour exercer la faculté de renonciation

*** Si le contrat est vendu par démarchage :**

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L. 112-9 alinéa 1^{er} du code des assurances, " *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.*"

L'Adhérent ne peut plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

*** Si le contrat est vendu à distance :**

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L. 121-20-11 du code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

*** Dans tous les cas :**

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance), l'Assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours. L'Adhérent bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat, y compris en cas de vente en face à face.

b) Modalités de renonciation :

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser au Souscripteur une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M (Mme, Mlle)

.....
(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat MSPP que j'ai signé le à (Lieu de souscription ou d'adhésion). Le (Date et signature) ».

La renonciation de l'adhésion à la MSPP entraîne de facto celle du contrat d'assurance de groupe Dépendance N°A063F.

c) Effets de la renonciation :

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes ou cotisations versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec AR.

Les effets sur le 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 le Souscripteur de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.

- **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 AR. 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.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

Article 10 - Montant des garanties

Les garanties sont exprimées en euros et précisées en Annexe 2 de la présente Notice.

Article 11 - Prise d'effet des garanties

Pour chaque membre participant et ses ayants droit, les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la première cotisation :

- au plus tôt, à la date de prise d'effet du Contrat.
 - à compter de la date d'adhésion du membre participant s'il adhère postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat, jusqu'à l'âge de 65 ans.
 - à compter de la date d'affiliation de chaque ayant droit, s'il s'affilie postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat, jusqu'à l'âge de 65 ans.
 - Tout sinistre dont la date de survenance reconnue par l'Assureur est antérieure à la date de prise d'effet des garanties définie ci-dessus ne donne lieu à aucune prestation au titre du Contrat.
- Le membre participant ou l'ayant droit, le cas échéant sont dénommés ci-après Assuré.

Article 12 - Délai d'attente

L'adhésion des membres participants au Contrat prend effet sans délai d'attente.

Article 13 – Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Assuré qui présente à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires conformément aux articles 23 et 26.

Le Souscripteur tient à la disposition de l'Assuré qui le souhaiterait une enveloppe lui permettant d'adresser

sous pli confidentiel les pièces médicales au Médecin-Conseil de l'Assureur.

L'Assuré peut transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances :

**CNP Assurances
TSA 77163
75716 Paris Cedex 15**

L'Assureur se réserve la faculté de faire examiner l'Assuré par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties et de la poursuite du service des prestations.

Si l'Assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance et le cas échéant, le service des prestations est suspendu 10 jours après l'envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée, adressée au dernier domicile connu de l'Assuré et dont une copie sera transmise au Souscripteur.

Au vu des conclusions du rapport de contrôle médical, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

Une fois établi le droit à prestations, les prestations sont alors versées par l'Assureur.

Article 14 – Subrogation

Conformément 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.

Article 15 - Cessation des garanties

Les garanties cessent dans les mêmes conditions que celles de l'article 8 (Cessation de l'adhésion et de l'affiliation) et 26 (Prestations), sous réserves des stipulations de l'article 3.

Article 16 - Revalorisation des garanties et des prestations

Le montant des garanties et des rentes en cours de service peut être revalorisé par un accord entre l'Assureur et le Souscripteur, sous réserve des résultats du Contrat.

DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS

Article 17 - Cotisations

Article 17.1 - Montant des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle dont le montant, **indiqué en**

Annexe 2 de la présente Notice, est fonction du nombre de personnes assurées (Membre participant et ayant(s) droit), constaté à la fin de chaque mois.

La cotisation du Membre participant couvre à la fois le Membre participant et ses ayants droit, tels que définis à l'article 5.

La cotisation annuelle est exprimée en euro.

Le montant des cotisations est communiqué dans l'échéancier adressé au Membre participant.

Article 17.2 - Révision des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par l'Assureur en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats techniques du Contrat ou de l'évolution démographique du contrat. Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par l'Assureur. Le changement de cotisations par l'Assureur doit être notifié au membre participant par le Souscripteur, au plus tard trois mois avant sa date de prise d'effet.

Article 17.3 - Paiement des cotisations

Le Souscripteur procède à l'appel des cotisations auprès des Assurés (et affiliés) et à leur reversement à l'Assureur. Ainsi, le Membre participant est débiteur tant de sa propre cotisation que de celle(s) de ses ayants droit dûment affiliés.

La cotisation annuelle est payable d'avance par prélèvement automatique, par virement ou par chèque par débit d'un compte bancaire ouvert au nom du Membre participant auprès d'un établissement de crédit domicilié en France.

La cotisation annuelle peut faire l'objet d'un règlement annuel ou fractionné par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle au choix de l'Assuré.

La première cotisation est calculée au prorata temporis des mois restants à courir jusqu'au 31 décembre de l'année de l'adhésion. La cotisation annuelle est fractionnée en échéances mensuelles, dites cotisations mensuelles, payables d'avance, dans les 10 premiers jours qui suivent chaque échéance. L'Assuré peut payer sa cotisation mensuelle par prélèvement automatique sur un compte bancaire ouvert à son nom.

En cas de prise en charge par l'Assureur, les cotisations restent dues par le membre participant, tant pour lui-même que pour l'ayant-droit.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation par l'Assuré dans le délai défini ci-dessus, l'Assureur peut exclure cet Assuré, après l'avoir informé, par lettre recommandée de mise en demeure adressée à son dernier domicile connu, que le non-paiement entraînera son exclusion du Contrat quarante (40) jours après l'envoi de ce courrier, si la cotisation ou la fraction de cotisation due demeure impayée à cette échéance, conformément à l'article L. 141-3 du code des assurances.

Article 18 - Exonération des cotisations

La cotisation cesse d'être due pour chaque assuré reconnu en état de dépendance par l'Assureur, à partir

de l'échéance de cotisation suivant le début du service de la rente.

GARANTIE DÉPENDANCE TOTALE ET PARTIELLE

Article 19 - Objet de la garantie dépendance totale et partielle

La garantie a pour objet le service d'une rente viagère mensuelle aux assurés qui se trouvent en état de dépendance (totale ou partielle). Le montant de la rente est déterminé en fonction de l'état de dépendance de l'assuré, conformément au tableau des garanties figurant en annexe N°2.

Article 20 - Définition de la dépendance

Est reconnu dépendant, par CNP Assurances, l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non-susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans un des états de dépendance définis ci-après :

Article 21 - Définition et niveaux de dépendance

Article 21.1 Définition de la dépendance totale

Est reconnu en état de dépendance totale, l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

- dépendance fonctionnelle : impossibilité totale d'effectuer seul au moins 5 des 6 actes de la vie quotidienne définis ci-après, suite à un handicap physique médicalement constaté.
- dépendance psychique : impossibilité totale d'effectuer seul au moins 5 des 6 actes de la vie quotidienne définis ci-après, de façon spontanée sans incitation, en raison d'une démence médicalement constatée. Celle-ci doit être constatée médicalement par un psychiatre ou un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.

L'Assureur n'est pas lié par les éventuelles décisions des services publics pour déterminer l'état et le degré de dépendance de l'assuré.

Article 21.2 Définition de la dépendance partielle

Est reconnu en état de **dépendance partielle** l'assuré dont l'état de santé est stabilisé **(non susceptible d'amélioration)** et qui se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

- Dépendance fonctionnelle : impossibilité totale d'effectuer seul à minima quatre (4) des six (6) actes de la vie quotidienne définis ci-après, suite à un handicap physique médicalement constaté.
- Dépendance psychique : impossibilité totale d'effectuer seul à minima quatre (4) des six (6) actes de la vie quotidienne définis ci-après, de façon spontanée, sans incitation, en raison d'une démence médicalement constatée.

Celle-ci doit être constatée médicalement par un psychiatre ou un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.

Définition des 6 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)

- La toilette : capacité de satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- L'habillage : capacité de s'habiller et de se déshabiller.
- L'alimentation : capacité de se servir et de manger de la nourriture préparée et mise à disposition.
- La continence : capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale y compris en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux.
- Le déplacement : capacité de se déplacer sur une surface plane à l'intérieur du logement ou de quitter son lieu de vie en cas de danger.
- Les transferts : capacité de passer du lit à une chaise ou un fauteuil et inversement.

Article 22 - Risques exclus

L'Assureur ne garantit pas les conséquences :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré, de tentative de suicide,
- d'usage de stupéfiant sans prescription médicale,
- d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L. 234-1 du code de la route et relevant des délits, des complications physiques ou neuropsychiatriques d'abus chroniques de consommation de boissons alcoolisées,
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non homologués.

Article 23 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

L'examen de la demande de prestation intervient selon la procédure suivante :

L'Assuré ou toute autre personne de son entourage doit se procurer auprès du Souscripteur un formulaire de demande de prestations intitulé « justificatif d'état de dépendance ».

Il doit ensuite adresser à l'Assureur, par l'intermédiaire du Souscripteur, les pièces suivantes :

- l'imprimé « Attestation Médicale d'État de Dépendance » (AMED), signé de l'assuré ou de son représentant légal, rempli éventuellement avec l'aide du médecin traitant ou du médecin hospitalier et **adressé sous pli fermé avec la mention « Confidentiel – secret Médical » - à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur**, Cette enveloppe fermée doit être remise à la Mutuelle qui la transmettra sans l'ouvrir à l'attention Médecin-Conseil de l'Assureur.

- les justificatifs suivants qui correspondent à la situation de l'Assuré :

⇒ en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : attestation d'hébergement

en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, bulletin de situation, certificat d'admission, attestation de présence, contrat d'hébergement, certificat de séjour, factures de frais de séjour.

⇒ en cas de maintien à domicile : certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile, accompagné le cas échéant de justificatifs d'emploi d'une tierce personne, (notamment : avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décomptes des heures effectuées à domicile, copies des chèques emplois-services...).

- Si l'assuré bénéficie de l'APA, un document certifiant l'attribution par les Pouvoirs Publics à l'assuré d'une prestation dépendance et indiquant le Groupe Iso-Ressources donnant lieu à cette prestation. Ce renseignement a une valeur indicative pour l'Assureur qui effectue sa propre évaluation du niveau de dépendance de l'assuré.

- Un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire, sous réserve des exceptions prévues aux articles 427 et 498 du Code civil,

- Une photocopie de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),

- Dans le cadre d'une mesure de protection, le jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle de l'Assuré, et toutes autres pièces justifiant la qualité du représentant,

L'Assureur peut indiquer à l'Assuré les pièces justificatives destinées à étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1353 du Code civil.

Le versement de la prestation est subordonné à la complétude du dossier.

En cas de refus de l'assuré, celui-ci perd tout droit à garantie. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Chaque 1^{er} janvier, l'assuré bénéficiaire d'une rente dépendance doit adresser à l'Assureur une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en annexe 1) ; à défaut, le paiement des prestations est suspendu.

Article 24 - Reconnaissance de la dépendance, Délai de franchise et Contrôle

Le Médecin-conseil de l'Assureur se prononce sur l'état et le niveau de dépendance, tel que défini à l'article 21 de la présente notice, dans un délai de 45 jours ouvrés à compter de la réception par l'assureur du dossier complet transmis par votre mutuelle.

Si nécessaire l'Assureur peut demander la communication d'informations médicales complémentaires ou à faire visiter par un médecin de son choix, tout assuré demandant à bénéficier des prestations. En cas de refus de l'Assuré, le bénéfice de la prestation est refusé.

Si le dossier est accepté, le Médecin-conseil de l'Assureur détermine la date à laquelle l'état de dépendance a atteint un niveau indemnisable tel que défini à l'article 21 de la présente notice. **Un délai de franchise absolue de 3 mois pendant lequel aucune prestation n'est due est alors décompté à partir de cette date.** Les prestations sont dues à l'issue de ce délai de franchise.

En cas d'accident, les prestations sont dues dès la date de reconnaissance de l'état de dépendance par l'Assureur.

Le montant de la prestation est fixé en Annexe 2 de la présente Notice.

L'état de dépendance dont la date de survenance reconnue par l'Assureur est antérieure à la date de prise d'effet des garanties ne donne lieu à aucune prestation.

La date de reconnaissance de la dépendance fixée par l'Assureur ne peut être antérieure à la date de réception par ce dernier de la demande de prestations.

Au cours du paiement de la prestation, l'Assureur se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de dépendance de l'assuré et peut le faire visiter par un médecin de son choix. En cas de refus de l'assuré, le paiement de la prestation cesse.

Article 25 – Bénéficiaires

Le bénéficiaire de la prestation est le membre participant.

Article 26 – Prestations

Le montant des prestations est fixé en Annexe 2 de la présente notice.

La rente viagère est versée mensuellement à terme échu, par le Souscripteur, à l'issue d'un délai de franchise de 90 jours décompté à partir de la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de dépendance totale ou partielle.

La rente cesse d'être due :

- **au jour de la date de cessation de l'état de dépendance partielle ou totale, que cet état soit constaté par des pièces médicales et/ou à la suite d'un contrôle médical.**

En tout état de cause, la rente cesse d'être due :

- **au jour où les justificatifs médicaux ou administratifs cessent d'être adressés à l'Assureur, mais peut reprendre pour les périodes suspendues dès lors que ces justificatifs sont adressés à l'Assureur,**
- **temporairement si l'Assuré ne donne pas suite à la demande de contrôle médical initié par l'Assureur,**
- **au jour du décès de l'Assuré.**

En cas de déclaration tardive du décès de l'assuré, l'assureur se réserve la possibilité de réclamer le remboursement des prestations indûment versées.

L'Assuré, bénéficiaire de la rente viagère, doit informer l'Assureur de sa propre initiative de tout changement concernant son état de dépendance dans un délai de 30 jours.

En cas de dépendance partielle, l'Assuré doit fournir chaque année un certificat médical précisant son état civil et son état de dépendance.

En cas de dépendance totale, l'Assuré doit fournir chaque année l'annexe 1 complétée et signée.

Les prestations sont versées aussi longtemps que l'Assuré est vivant et reconnu en état de dépendance totale ou partielle.

En cas de prise en charge au titre de la dépendance totale, l'Assureur peut diminuer sa prise en charge, sous réserve que l'état de santé soit reconnu en « dépendance partielle » et constaté par des pièces médicales et/ou à la suite d'un contrôle médical.

A défaut de justificatifs le paiement de la rente viagère est suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés pour les périodes concernées. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours, sans dommages ni intérêts.

DROITS ET INFORMATIONS DES ASSURÉS/ADHÉRENTS

Article 27 - Information aux Assurés

Le Souscripteur remet aux membres participants la notice d'information établie 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. Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la notice à l'Assuré.

Le document d'information normalisé prévu par l'article L. 112-2 du code des assurances est à remettre au Souscripteur par l'Assureur. Le Souscripteur, en qualité de distributeur se doit de remettre le document précité au membre participant avant la conclusion de son adhésion conformément aux textes en vigueur.

Le Souscripteur est tenu d'informer les membres participants par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu trois mois avant la date prévue de son entrée en vigueur.

Article 28 - Procédure de contestation - conciliation - tierce expertise

Article 28.1 - Contestation

L'Assureur notifie sa décision à l'Assuré à partir des justificatifs qui lui sont présentés et, le cas échéant, de l'appréciation de la perte d'autonomie par le médecin conseil.

En cas de désaccord, l'Assuré fait parvenir dans un délai de trois mois, un certificat médical justifiant sa

réclamation ; l'Assureur et son médecin conseil motivent la décision de réexamen ou lui propose un examen médical de contrôle auprès d'un médecin désigné par l'Assureur.

L'Assuré qui conteste la nouvelle décision notifiée par l'Assureur peut lui faire parvenir dans un délai de trois (3) mois une lettre demandant expressément la révision de son dossier, accompagnée d'un certificat médical détaillé, précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

Article 28.2 - Conciliation

Le médecin que l'Assuré a désigné pour le représenter dans le cadre de la conciliation et le médecin conseil de l'Assureur recherchent une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties est formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

Article 28.3 - Tierce expertise

L'Assureur invite son médecin-contrôleur et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers-expert, afin de procéder à un nouvel examen.

A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

Les conclusions de cet 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 de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin-expert.

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

Article 29 – Renseignements – Réclamation – Médiation

Les demandes relatives au contrat doivent être formulées auprès du souscripteur :

MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS
104 avenue de Fontainebleau
94270 – Le Kremlin-Bicêtre
01.43.90.44.51 (appel non surtaxé).

L'Assuré ou ses Ayants-droits peut également saisir l'Assureur.

Pour toute réclamation écrite relative à un sinistre, l'Assuré ou ses ayants droits peuvent s'adresser à **la MSPP – 104 avenue de Fontainebleau – 94270 – Le Kremlin-Bicêtre.**

L'Assureur en accusera réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables (sauf s'il a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui seraient alors

exposées à l'intéressé.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'assuré ou les bénéficiaires pourront s'adresser à la médiation de l'assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Article 30 - Informatiques et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, les données à caractère personnel pourront être transférées à votre assureur, CNP Assurances pour réaliser les traitements dont il est responsable et qui ont notamment pour finalités la gestion des sinistres et la réalisation de statistiques à des fins de tarification.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, les personnels dûment habilités de CNP Assurances.

Ces données seront conservées par CNP Assurances durant toute 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.

Chaque assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, l'assuré dispose du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, l'assuré dispose du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. L'assuré peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis.

L'assuré peut exercer ces différents droits sur les traitements pour lesquels CNP Assurances est responsable (i) en se rendant sur www.cnp.fr/particulier/deja-assure, ou (ii) en contactant directement le service DPD par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Les réclamations touchant au traitement des données à caractère personnel de l'assuré 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 ses données, l'assuré a 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. »

Article 31 - Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux 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 CNP Assurances 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 CNP Assurances a pour cause le recours d'un tiers, 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 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 ans à compter du décès de l'assuré.

En vertu de l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 32 - Autorité chargé 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

Article 33 - Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises au sein l'Union Européenne et pour des séjours hors de l'Union Européenne n'excédant pas 90 jours par an au total. Au-delà de cette durée, le Souscripteur pourra demander à l'Assureur une dérogation à ce principe, qui pourra lui être accordée, en fonction de la durée du séjour du membre participant et de sa destination, moyennant paiement d'une majoration de cotisation.

Il est précisé qu'en cas de sinistre survenant hors de France, les prestations ne pourront être versées qu'à compter du retour de l'Assuré à son domicile en France, permettant l'exercice du contrôle médical prévu aux articles 13 et 24 de la présente Notice.

Article 34 - Lutte anti blanchiment

Comme toute compagnie d'assurances, l'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier.

C'est pourquoi le Souscripteur a l'obligation d'identifier et de connaître les Assurés. Les informations ainsi recueillies sont rendues accessibles à l'Assureur afin de lui permettre de respecter les obligations auxquelles il est soumis.

ANNEXE 1 – MODÈLE DE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT
CERTIFICAT DE VIE

à remplir en lettres capitales

Je soussigné (e) Mme, M. (Nom)

Nom de jeune fille (pour les femmes mariées, divorcées et veuves)

Prénoms (selon l'ordre de l'état civil)

Né (e) le **à**

Demeurant (adresse complète)
.....

Déclare remplir les conditions pour recevoir (prestation à préciser)

Conformément aux dispositions fixées par le contrat d'assurance de groupe :

N° du contrat :

Mutuelle :

N° Dossier :

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

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, telle que modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement UE n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD), Les informations recueillies sont nécessaires à l'adhésion et la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur et ses prestataires.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, à la limitation, d'opposition et de portabilité des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances – Délégué à la Protection des données - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15 »

Fait à, le

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

¹ Article **441-7 du code pénal** : « 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 originairement 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. »

² Article **313-1 du code pénal** : « 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 »

³ Article **313-3 du code pénal** : « La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 sont applicables au délit d'escroquerie. »

ANNEXE 2 – Tableau des garanties et des cotisations

GARANTIES	PRESTATIONS	COTISATION PAR PERSONNE ASSURÉE*
GARANTIE DÉPENDANCE TOTALE ET PARTIELLE	Rente annuelle garantie de : - en cas de dépendance totale 2400 euros (soit 200 euros par mois) - en cas de dépendance partielle 1200 euros (soit 100 € par mois)	20,40 euros par an, soit 1,70 euros par mois

* exemple : si le membre participant et son conjoint sont couverts, le coût annuel de l'assurance est de 40,80 euros.

Assurance Dépendance à adhésion obligatoire

Document d'information sur le produit d'assurance.

Compagnie : CNP Assurances – Société anonyme régie par le Code des assurances et immatriculée en France – SIREN n° 341 737 062

Produit : Contrat d'assurance dépendance de groupe N° A063F à adhésion obligatoire

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance dépendance à adhésion obligatoire a pour objet de garantir aux membres participants du souscripteur et à leur conjoint(e), reconnus en état de dépendance tel que défini à la notice d'information, le service d'une rente viagère mensuelle.



Qu'est-ce qui est assuré ?

La couverture ainsi que le montant de la rente varient en fonction des garanties prévues dans la Notice d'information. Les niveaux des prestations sont détaillés au tableau des garanties de la notice d'information.

L'état de dépendance totale ou partielle est déterminé à l'aide d'une grille répertoriant six actes de la vie quotidienne (AVQ) : la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement et les transferts.

GARANTIES DEPENDANCE TOTALE PREVUES :

Est reconnu en état de dépendance totale l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans l'un des deux (2) états suivants :

- ✓ **Dépendance fonctionnelle** : impossibilité totale d'effectuer seul à minima cinq (5) des six (6) actes de la vie quotidienne définis ci-après, suite à un handicap physique médicalement constaté.
- ✓ **Dépendance psychique** : impossibilité totale d'effectuer seul à minima cinq (5) des six (6) actes de la vie quotidienne définis ci-après, de façon spontanée, sans incitation, en raison d'une démence médicalement constatée.

GARANTIES DEPENDANCE PARTIELLE PREVUES :

Est reconnu en état de dépendance partielle l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans l'une des deux (2) situations suivantes :

- ✓ **Dépendance fonctionnelle** : impossibilité totale d'effectuer seul à minima cinq (4) des six (6) actes de la vie quotidienne définis ci-après, suite à un handicap physique médicalement constaté.
- ✓ **Dépendance psychique** : impossibilité totale d'effectuer seul à minima cinq (4) des six (6) actes de la vie quotidienne définis ci-après, de façon spontanée, sans incitation, en raison d'une démence.

Les garanties dépendance totale ou partielle doivent être constatées médicalement par un psychiatre ou un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- * Les sinistres survenus en dehors de la période de validité du contrat.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! Les conséquences des tentatives de suicide ainsi que de tous faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ;
- ! Les conséquences de l'usage de stupéfiants sans prescription médicale ;
- ! Les conséquences d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L. 234-1 du code de la route et relevant des délits, des complications physiques ou neuropsychiatriques d'abus chroniques de consommation de boissons alcoolisées ;
- ! Les conséquences de guerre civile et étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- ! Les conséquences de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non homologués ;

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Restrictions applicables à toutes garanties :

- ! **Délai de franchise** : période de 90 jours démarrant à partir de la reconnaissance de l'état de dépendance totale ou partielle par le médecin conseil de l'assureur, à l'issue de laquelle l'assuré commence à percevoir ses prestations.

Restrictions applicables à certaines garanties :

- ! au jour de la date de cessation de l'état de dépendance partielle et totale, que cet état soit constaté par des pièces médicales et/ou à la suite d'un contrôle médical ;
- ! au jour où les justificatifs médicaux ou administratifs cessent d'être adressés à l'Assureur, mais peut reprendre pour les périodes suspendues dès lors que ces justificatifs sont adressés à l'Assureur,
- ! temporairement si l'Assuré ne donne pas suite à la demande de contrôle médical initié par l'Assureur.



Où suis-je couvert (e) ?

Les garanties sont acquises aux membres participants exerçant leur activité au sein de l'Union Européenne et pour des séjours hors de l'Union Européenne n'excédant pas 90 jours par an au total. Au-delà de cette durée, le Souscripteur pourra demander à l'Assureur une dérogation à ce principe, qui pourra lui être accordée, en fonction de la durée du séjour du membre participant et de sa destination, moyennant paiement d'une majoration de cotisation.

En cas de sinistre survenant hors de France, les prestations ne pourront être versées qu'à compter du retour de l'Assuré à son domicile en France, permettant l'exercice du contrôle médical.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, l'adhérent ou l'assuré doit :

A l'adhésion au contrat

- Remplir avec exactitude les documents fournis par le Souscripteur ;
- Être membre participant ou ayant-droit du Souscripteur ;
- Régler sa quote-part de cotisation.

En cours de contrat

- Déclarer tout changement de situation matrimoniale en cas de maintien des garanties ;
- Être membre participant ou ayant-droit du Souscripteur ;
- Régler sa quote-part de cotisation.

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre à l'assureur ;
- Fournir les pièces justificatives mentionnées dans la notice d'information ;
- Se soumettre à un éventuel examen médical demandé par l'assureur.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation annuelle est payable d'avance par l'assuré dans les 10 jours suivant chaque échéance par prélèvement automatique, par virement ou par chèque par débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié en France, ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

La cotisation annuelle peut faire l'objet d'un règlement annuel ou fractionné par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle au choix de l'Assuré



Quand commence la couverture santé et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet :

Pour chaque membre participant et ses ayants droit, à la date d'acceptation de l'assureur, jusqu'au 31 décembre suivant, sous réserve du paiement des cotisations ; et dans les cas ci-dessous :

- A la date de prise d'effet du contrat ;
 - A compter de la date d'adhésion du membre participant, s'il adhère postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat, jusqu'à l'âge de 65 ans ;
 - A compter de la date d'affiliation de chaque ayant droit, s'il s'affilie postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat, jusqu'à l'âge de 65 ans
- Il se renouvelle annuellement chaque 1er janvier par tacite reconduction, sauf dénonciation par le Souscripteur ou l'Assureur, par lettre recommandée avec un préavis de trois (3) mois avant cette date.

Les garanties prennent fin :

Pour chaque membre participant et ses ayants droit :

- en cas de dénonciation de l'adhésion à la MSPP par l'Assuré. La demande de résiliation doit être adressée par l'Assuré au Souscripteur par lettre recommandée avec avis de réception un (1) mois au moins avant la date de renouvellement,
- à la date à partir de laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions d'adhésion à la MSPP,
- en cas de radiation de l'ayant droit ;
- en cas de résiliation du contrat collectif ;
- en cas de décès du membre participant ou d'un ayant droit ;
- en cas de perte de la qualité de Membre participant de la MSPP par l'Assuré ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de renonciation de l'adhésion à la MSPP.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré ne dispose pas de la faculté de résilier individuellement ce contrat puisqu'il s'agit d'un contrat collectif obligatoire. Toutefois, l'adhésion à ce contrat prend fin en cas de cessation à l'adhésion au règlement mutualiste adossé.