



**BUSINESS UNIT PROTECTION SOCIALE ET SERVICES**

UNITÉ CONTRATS

RÉF CNP ASSURANCES N° 2017CG19168

**CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE  
À ADHÉSION FACULTATIVE  
DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE  
TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE, PERTE DE RETRAITE, RENTE ÉDUCATION  
ET RENTE CONJOINT**

--oOo--

**CONDITIONS GÉNÉRALES**

## SOMMAIRE

<b>TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....</b>	<b>5</b>
<b><i>I – DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT.....</i></b>	<b>6</b>
Article 1. - Nature du Contrat d'assurance de groupe .....	6
Article 2. - Objet du Contrat d'assurance de groupe .....	6
Article 3. - Intervenants au contrat .....	6
Article 4. - Prise d'effet, durée et renouvellement du Contrat d'assurance de groupe .....	7
Article 5. - Population assurée .....	7
Article 6. - Adhésion au Contrat.....	7
Article 7. - Sélection de risque et formalités d'adhésion .....	8
Article 8. - Date de conclusion de l'adhésion .....	8
Article 9. - Date de cessation de l'adhésion .....	9
<b><i>II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX GARANTIES.....</i></b>	<b>10</b>
Article 10. - Date de prise d'effet des garanties .....	10
Article 11. - Cessation des garanties .....	10
Article 12. - Définitions .....	10
Article 13. - Base des garanties.....	11
Article 14. - Plafond des garanties .....	11
Article 15. - Mise en œuvre des garanties.....	11
Article 16. - Contrôle Médical - Conciliation – Tierce Expertise .....	12
Article 17. - Suspension des garanties .....	13
Article 18. - Revalorisation.....	13
Article 19. - Subrogation .....	13
<b><i>III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX PRIMES.....</i></b>	<b>14</b>
Article 20. - Montant, taux et assiette de la prime .....	14
Article 21. - Exonération du paiement de la prime .....	14
Article 22. - Paiement et défaut de paiement de la prime .....	15
Article 22.1. - Paiement de la prime .....	15
Article 22.2. - Défaut de paiement de la prime .....	15
<b><i>IV - ÉLÉMENTS D'INFORMATIONS.....</i></b>	<b>16</b>
Article 23. - Éléments démographiques.....	16
Article 24. - Information des Assurés .....	16
Article 25.- Faculté de renonciation.....	16
Article 25.1 - Délai de renonciation .....	16
Article 25.2 - Modalités de renonciation.....	16
Article 25.3 - Effets de la renonciation .....	16
Article 26. - Renseignements - Réclamations - Médiation.....	17
Article 27. - Informatique et libertés .....	17
Article 28. - Prescription.....	17
Article 29. - Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances.....	17
Article 30. - Lutte anti blanchiment .....	17
<b>TITRE II – DISPOSITIONS PROPRES À CHAQUE GARANTIE .....</b>	<b>18</b>
<b><i>GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL .....</i></b>	<b>19</b>
Article 31. - Objet et montant .....	19
Article 32. - Définition .....	19
Article 33. - Règle de cumul .....	20
Article 34. - Revalorisation de la prestation.....	20
Article 35. - Service et durée maximale de la prestation.....	20
Article 36. - Cessation du versement de la prestation.....	21
Article 37. - Maintien des prestations.....	22
Article 38. - Risques exclus.....	22
Article 39. - Formalités en cas de sinistre .....	22

<b><i>GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE</i></b> .....	<b>24</b>
Article 40. - Objet et montant .....	24
Article 41. - Définition .....	24
Article 42 - Règle de cumul .....	24
Article 43. - Revalorisation de la prestation.....	24
Article 44 - Service de la prestation.....	25
Article 45. - Cessation du versement de la prestation.....	25
Article 46 - Maintien des prestations .....	25
Article 47. - Risques exclus.....	25
Article 48. - Formalités en cas de sinistre .....	26
<b><i>GARANTIE PERTE DE RETRAITE</i></b> .....	<b>27</b>
Article 49. - Objet et montant .....	27
Article 50. - Définition .....	27
Article 51. - Règle de cumul .....	27
Article 52. - Revalorisation de la prestation.....	27
Article 53. - Service de la prestation .....	28
Article 54. - Cessation du versement de la prestation.....	28
Article 55. - Maintien des prestations.....	28
Article 56. - Formalités en cas de sinistre .....	28
<b><i>GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES</i></b> .....	<b>29</b>
Article 57. - Objet et montant .....	29
Article 58. - Définition .....	29
Article 59. - Bénéficiaires .....	29
Article 60 - Prestations.....	30
Article 61. - Revalorisation post-mortem du Capital décès.....	30
Article 62. - Risques exclus.....	30
Article 63. - Formalités en cas de sinistre .....	31
<b><i>GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELS</i></b> .....	<b>33</b>
Article 64. - Objet et montant .....	33
Article 65. - Définitions .....	33
Article 66. - Bénéficiaires .....	33
Article 67. - Service de la prestation .....	33
Article 68 - Risques exclus.....	33
Article 69. - Formalités en cas de sinistre .....	34
<b><i>GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION</i></b> .....	<b>35</b>
Article 70. - Objet et montant .....	35
Article 71. - Définitions .....	35
Article 72. - Bénéficiaires .....	35
Article 73. - Service de la prestation .....	35
Article 74. - Risques exclus.....	35
Article 75. - Formalités en cas de sinistre .....	36
<b><i>GARANTIE RENTE ÉDUCATION</i></b> .....	<b>37</b>
Article 76 - Objet .....	37
Article 77 - Définition .....	37
Article 78 - Risques exclus.....	37
Article 79 - Bénéficiaires .....	37
Article 80 - Prestations.....	37
Article 81 - Formalités en cas de sinistre .....	38
<b><i>GARANTIE RENTE DE CONJOINT</i></b> .....	<b>39</b>
Article 82 - Objet .....	39
Article 83 - Risques Exclus.....	39
Article 84 - Bénéficiaire .....	39
Article 85 - Prestations.....	39
Article 86 - Formalités en cas de sinistre .....	39
<b><i>ANNEXE 1</i></b> .....	<b>41</b>

## **PRÉAMBULE**

Le présent contrat d'assurance de groupe est souscrit à la suite d'une procédure d'appel public à la concurrence lancée dans le cadre du dispositif institué par le décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

En application du décret et de la procédure d'appel public, une convention de participation entre l'Assureur et le Souscripteur a été signée qui règle les relations financières entre la collectivité et l'Assureur et définit les conditions de solidarité.

## **TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

## I – DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT

### Article 1. - Nature du Contrat d'assurance de groupe

Ce Contrat est un Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur », relevant des branches : 1. Accidents, 2. Maladie et 20. Vie-Décès 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 2. - Objet du Contrat d'assurance de groupe

Le Contrat a pour objet de garantir aux agents du Souscripteur, définis à l'Article 5, le versement de prestations en cas :

- d'Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- d'Invalidité Permanente,
- de Perte de Retraite,
- de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

#### Garantie obligatoire :

**La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être obligatoirement souscrite par l'Adhérent, en application de l'article 30 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.**

#### Garanties optionnelles :

Les autres garanties sont optionnelles et relèvent du choix du Souscripteur et/ou de l'Adhérent dans les conditions définies ci-dessous :

- la garantie Invalidité Permanente **ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail,**
- la garantie Perte de Retraite **ne peut être souscrite qu'en étant associée aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente,**
- la garantie Décès/PTIA toutes causes **ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail,**
- la garantie Décès/PTIA accidentels **ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/PTIA toutes causes,**
- la garantie Décès/PTIA consécutifs à un accident de la circulation **ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/PTIA accidentels,**
- la garantie Rente éducation **ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/PTIA toutes causes,**
- la garantie Rente conjoint **ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/PTIA toutes causes.**

### Article 3. - Intervenants au contrat

Le Contrat est assuré par CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris ; entreprise régie par le code de assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

Le Contrat est géré pour le compte de l'Assureur par :

SOFAXIS, Société en Nom Collectif au capital de 47 355 euros, 335 171 096 RCS Bourges, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 000 814, dont le siège social est situé Route de Creton 18110 Assela.

#### Article 4. - Prise d'effet, durée et renouvellement du Contrat d'assurance de groupe

Le présent Contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières pour une durée de **six ans** sauf autres dispositions figurant aux Conditions Particulières.

A l'expiration de cette période, le Contrat peut être reconduit une seule fois pour des motifs d'intérêt général, pour une durée **ne pouvant pas excéder un (1) an** à la date indiquée de fin de contrat aux Conditions Particulières.

**En outre, le présent Contrat peut être résilié :**

- **par le Souscripteur si celui-ci constate que l'Assureur ne respecte plus les dispositions du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;**
- **par dénonciation expresse par l'une ou l'autre des parties au moins six mois avant la date d'échéance annuelle, par lettre recommandée avec avis de réception. Tout sinistre né postérieurement à la date de résiliation de l'adhésion ne peut donner lieu à une prise en charge par l'Assureur.**

#### Article 5. - Population assurée

Peuvent être assurés au titre du Contrat, les agents du Souscripteur, en activité de service et appartenant à une des catégories de personnels suivantes :

- les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL, détachés d'une administration d'Etat, ou mis à disposition,
- les agents titulaires, stagiaires, et non titulaires, affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC,

Toute demande d'adhésion au Contrat qui ne répond pas aux conditions ci-dessus du présent article ne sera pas prise en considération.

#### Article 6. - Adhésion au Contrat

L'entrée dans l'assurance s'effectue sans formalités médicales, **sous réserve que l'adhésion des agents appartenant à la population assurable définie à l'article 4, intervienne dans un délai de 6 mois suivant :**

- **la date de leur embauche, pour les nouveaux agents,**
- **la date d'effet du Contrat signé par leur collectivité, pour les agents déjà présents à l'effectif.**

**Passé ce délai de 6 mois, l'entrée dans l'assurance s'effectue selon les conditions définies à l'article 7 du présent Contrat.**

L'adhésion au Contrat est réalisée au moyen d'une demande d'adhésion remplie et signée par l'agent.

Cette demande indique notamment :

- l'identité de l'agent,
- la déclaration de l'agent certifiant ne pas être en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique,
- l'affiliation de l'agent à la CNRACL ou à l'IRCANTEC,
- les taux de cotisation et le détail des garanties obligatoires et optionnelles souscrites ainsi que les niveaux d'indemnisation choisies par l'Adhérent.

L'agent peut également désigner, au moyen d'un document spécifique remis par son employeur, le ou le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès.

#### Cas particuliers :

- **les agents en activité normale de service bénéficiaires à titre individuel d'un contrat de prévoyance avec garanties équivalentes à la date de prise d'effet du présent Contrat** pouvant justifier de la résiliation de celui-ci, peuvent demander leur inscription dans un délai de six mois après la date de la prise d'effet du présent Contrat. L'adhésion prendra alors effet le jour suivant la résiliation de leur contrat individuel sans formalités médicales. **Ne seront pas pris en charge les conséquences des pathologies liées aux arrêts**

**antérieures ou situations de rechute, celles-ci restant à la charge de l'assureur portant le risque du précédent contrat.**

- **les agents réintégrés dans leur collectivité à la suite d'une disponibilité pour convenances personnelles**, peuvent formuler leur demande d'inscription ou leur réintégration au présent Contrat dans un délai d'un mois suivant leur reprise d'activité à temps complet.
- **les agents en arrêt de travail ou bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique à la date de prise d'effet du Contrat signé par leur collectivité**, peuvent demander leur inscription dans un délai d'un mois suivant leur reprise d'activité à temps complet.  
Toutefois, leur inscription ne prendra effet qu'à l'issue d'une période de 30 jours ininterrompus de reprise de travail à temps complet.  
Si au cours de ce délai, l'agent bénéficie d'un nouvel arrêt de travail pour accident ou maladie ou d'un nouveau temps partiel thérapeutique, la prise d'effet de son adhésion est à nouveau soumise à la condition d'une reprise de travail à temps complet de 30 jours ininterrompus à compter du début de cette nouvelle reprise.  
Toutefois, s'ils peuvent justifier d'un précédent contrat présentant des garanties similaires ils pourront être admis au Contrat le jour de leur reprise de travail à temps complet.

#### Article 7. - Sélection de risque et formalités d'adhésion

**L'adhésion au présent Contrat est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur lorsque les agents adhèrent au Contrat postérieurement à un délai de 6 mois :**

Dans ce cas, les formalités médicales d'adhésion sont obligatoires pour tous les agents qui doivent remplir un bulletin d'adhésion ainsi qu'une Déclaration d'Etat de Santé (DES) ou un Questionnaire de Santé (QS).

Si l'agent répond « NON » à toutes les questions de la DES, il est admis dans l'assurance.

S'il répond « OUI » à l'une des questions, il doit remplir un QS. La décision d'accepter ou de refuser le risque est prise par l'Assureur, après examen de ce questionnaire, complété éventuellement par les renseignements médicaux ou, si nécessaire, par un examen médical auprès d'un médecin désigné par l'Assureur qui en supporte les frais.

La décision de l'Assureur est notifiée à l'agent.

**La décision d'acceptation peut comporter une tarification différente fondée sur le questionnaire de santé. L'assureur peut aussi refuser de couvrir les suites d'une ou plusieurs maladies survenues avant l'adhésion ; en ce cas, la proposition de l'Assureur délivrée à l'agent indique la ou les maladies exclues.**

**Un questionnaire de santé soumis à l'Assureur est valable 3 mois à compter de la date de signature. Passé ce délai, il devient caduc, et doit être remplacé par un questionnaire actualisé et adressé à l'Assureur pour un nouvel examen.**

**Toute modification de l'état de santé de l'agent qui surviendrait avant la date de conclusion de l'adhésion au Contrat doit être signalée à l'Assureur sous peine de nullité de l'assurance.**

Ainsi qu'il est indiqué ci-dessus, les conditions d'acceptation à l'assurance donnent lieu à délivrance d'une proposition à l'agent.

#### Article 8. - Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour l'agent, ci-après dénommé « Assuré » :

Lorsque l'agent effectue sa demande dans les six (6) mois de la date de prise d'effet du Contrat, ou de la date de son embauche lorsqu'il s'agit d'un nouvel agent :

- au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'adhésion par l'agent.

Lorsque l'agent a rempli un questionnaire de santé :

- au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur, ou suivant l'acceptation par l'agent des conditions d'assurance proposées par l'Assureur.

La date de conclusion de l'adhésion est mentionnée sur le bulletin d'adhésion individuelle.

En cas de défaut du paiement de la cotisation par l'Assuré, la date de prise d'effet de l'assurance est reportée au premier jour du mois suivant la date effective du paiement de celle-ci.

### Modification des garanties :

Dans un délai de 6 mois suivant :

- la date de leur embauche, pour les nouveaux agents,
- la date d'effet du Contrat signé par leur collectivité, pour les agents déjà présents à l'effectif,

l'Assuré peut demander à changer de formule de garanties sans formalité médicale. L'adhésion prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'adhésion par l'agent.

Au-delà de ce délai, les nouvelles garanties ne seront acquises qu'après acceptation par l'assureur et sous réserve que l'Assuré ait satisfait aux formalités médicales prévues à l'article 7. L'adhésion prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation de l'Assureur.

### Article 9. - Date de cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse dans l'un des cas suivants :

- soit en cas de renonciation. Cette renonciation s'exerce selon les modalités fixées à l'Article 25 du contrat,
- à la date à laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions visées à l'article 5,
- en cas de non-paiement des primes, dans les conditions prévues à l'article 22.2 du présent Contrat,
- en cas de cessation d'activité pour les Assurés placés en disponibilité à leur demande pour convenances personnelles ou en congé parental pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente et Perte de Retraite ; étant précisé que les garanties sont suspendues de plein droit. Les garanties reprennent le jour qui suit la date de reprise d'activité sous réserve que l'assuré acquitte à nouveau ses cotisations,
- en cas de cessation d'activité pour les Assurés admis à faire valoir leurs droits à la retraite,
- à l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties Invalidité Permanente, Perte de Retraite et PTIA,
- à l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Décès,
- à la fin du mois qui suit le décès de l'Assuré,
- à la date d'effet de la radiation de l'Assuré des effectifs de la collectivité,
- à la date d'effet de la résiliation du présent Contrat,
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion par l'agent.

En application de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'Assuré au Contrat, l'Assureur ne peut refuser de maintenir à l'Assuré qui en fait la demande les garanties définies aux présentes, à condition qu'il n'ait pas atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties Invalidité Permanente, Perte de Retraite et PTIA, ou l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Décès. Et ce, sous réserve du paiement des primes en vigueur et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

## II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX GARANTIES

### Article 10. - Date de prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion.

### Article 11. - Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date de cessation de l'adhésion.

### Article 12. - Définitions

Assuré : l'agent du Souscripteur relevant de la population assurée. Il est dénommé « Candidat à l'assurance » avant la prise d'effet des garanties, et « Assuré » à compter de la prise d'effet des garanties.

Agents recrutés à temps complet ou non complet : agents nommés dans des emplois permanents à temps complet ou non complet dont le temps de travail est fixé par l'assemblée délibérante en fonction des besoins de la collectivité. Le temps non complet est exprimé en heures.

Agents travaillant à temps partiel : agents nommés dans des emplois permanents à temps complet ou non complet, travaillant à temps partiel en fonction de leurs convenances personnelles, pour une durée limitée. Le temps partiel est exprimé en pourcentage.

Pendant la période d'autorisation, les agents accomplissant un service à temps partiel bénéficiant d'un congé de maladie (longue maladie, longue durée) sont rémunérés selon la fraction du temps partiel.

Base de garantie : la base de garantie est définie comme étant :

- Pour les agents de droit public, le traitement indiciaire, augmenté le cas échéant, de la N.B.I. (Nouvelle Bonification Indiciaire) et/ou, optionnellement au choix du Souscripteur/ou de l'Adhérent, du régime indemnitaire, brut annuel.

#### Le traitement indiciaire

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule  $IT \times VP$ .

IT : Indice de Traitement majoré de l'Assuré.

VP : Valeur du Point de l'indice.

#### NBI (nouvelle bonification indiciaire)

Par N.B.I., il faut entendre la majoration indiciaire octroyée par l'employeur lorsque l'agent occupe une fonction ouvrant droit à ladite N.B.I.

#### RI (régime indemnitaire)

Par régime indemnitaire, il faut entendre exclusivement les indemnités et primes accessoires maintenues à demi-traitement pendant les périodes d'arrêt de travail indemnisées à demi-traitement par la Collectivité, telles que déclarées dans la délibération.

- Pour les agents de droit privé, la somme de la dernière rémunération brute annuelle, augmentée le cas échéant au choix du Souscripteur/ou de l'Adhérent des primes et indemnités brutes que l'Adhérent auraient perçues en contrepartie ou à l'occasion de son travail.

Lorsque la base de garantie est exprimée en montant net, on entend la base de garantie exprimée en montant brut diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, IRCANTEC, Sécurité sociale, CSG, CRDS).

**La prise en compte par l'Assureur de la perte de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.**

Collectivité ou Souscripteur : la collectivité territoriale (personne morale) qui participe au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents, et qui a souscrit le présent contrat, en signant le contrat au bénéfice de ses agents. Elle est dénommée « Collectivité » ou « Souscripteur », à compter de la prise d'effet du contrat.

Concubin : 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).

Conjoint : personne mariée à l'Assuré.

Enfant à la charge de l'Assuré : Sont considérés comme enfants à la charge de l'Assuré :

- ses enfants,
- les enfants de son conjoint ou de son concubin,

lorsqu'ils entrent en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts au foyer fiscal de l'Assuré.

Par assimilation est considéré comme enfant à la charge de l'Assuré :

- tout enfant recevant de l'Assuré une pension alimentaire en application d'une décision de justice,
- l'enfant à naître au moment de l'événement et né viable.

Partenaire : 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).

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'Assuré, dont l'âge est inférieur à l'âge minimum légal de départ à la retraite, réunissant simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer).

Plafond de garantie : pour les garanties :

- Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- Invalidité Permanente,
- Perte de retraite,

Le montant des prestations servies par l'Assureur est le cas échéant plafonné selon l'option retenue à : **50 %, 45 %, 40 %, 35 % ou 30 %** de la totalité du traitement indiciaire / de la rémunération net(te) d'activité évalué(e) à la date prévue pour chaque garantie.

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, et uniquement pour cette garantie, le traitement indiciaire/ la rémunération net(te) d'activité est augmenté(e), le cas échéant, de la N.B.I., et/ou du régime indemnitaire / des indemnités et primes, net(te)s d'activité évalué(e)s à la date prévue pour cette garantie.

L'éventuel plafond de prestation choisi par le Souscripteur ou par l'Assuré est précisé dans le bulletin d'adhésion individuelle.

### Article 13. - Base des garanties

Les prestations sont calculées à partir d'une base, dénommée base de garantie, définie à l'article 12.

### Article 14. - Plafond des garanties

Les prestations servies par l'Assureur sont plafonnées dans les conditions définies à l'article 12.

### Article 15. - Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative du Souscripteur, de l'Assuré ou des bénéficiaires qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires.

Le prestataire de l'Assureur assure la réception des demandes de prestation et centralise les pièces justificatives.

Le prestataire de l'Assureur tient à la disposition de l'Assuré qui le souhaiterait une enveloppe lui permettant d'adresser sous pli confidentiel ses pièces médicales à son Médecin-Conseil.

L'Assuré et les bénéficiaires du présent Contrat peuvent transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil du prestataire :

**SOFAXIS – Prévoyance  
CS 80006  
18020 Bourges Cedex**

Cette enveloppe fermée doit être remise au prestataire qui la transmettra sans l'ouvrir à l'attention de son Médecin-Conseil.

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.**

#### Article 16 - Contrôle Médical - Conciliation – Tierce Expertise

##### Article 16.1 - Contrôle Médical

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé (notamment celles du Comité médical et de la Commission de réforme).

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente des conclusions d'un contrôle médical de l'Assuré, effectué à la demande l'Assureur. Ce contrôle médical peut éventuellement être opéré auprès d'un médecin mandaté par l'Assureur et à ses frais.

Ce contrôle médical a pour but de vérifier que l'Assuré est bien en état d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'ITT ou de l'invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 16.2 des présentes Conditions Générales.

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

##### Article 16.2 - Conciliation

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation suite à ce contrôle.

Pour ce faire, l'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur dans les trois mois suivants la notification de la décision :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après,
- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin-contrôleur de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera 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 16.3 - Tierce Expertise

L'Assureur invite son Médecin-contrôleur et le médecin désigné par 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.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante.

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

#### Article 17. - Suspension des garanties

Les garanties et, le cas échéant le service des prestations, peuvent être suspendus dans les conditions énoncées à l'article 15.

#### Article 18. - Revalorisation

Les prestations « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Invalidité Permanente », « Perte de retraite », en cours de service, sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale.

#### Article 19 - Subrogation

Conformément à l'article 29 3° de la loi 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 contre le tiers responsable.

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.

### III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX PRIMES

#### Article 20 - Montant, taux et assiette de la prime

Les garanties sont accordées moyennant le paiement de primes payables mensuellement ou trimestriellement à terme échu par le Souscripteur à l'Assureur, dans les 10 jours qui suivent la fin de chaque mois ou trimestre.

Le montant de la prime est obtenu par application à l'assiette des primes (définie ci-dessous), des taux de prime correspondant à la garantie qui est indiqué aux Conditions Particulières. Les taux de prime correspondant à la ou les garanties souscrites ainsi que le montant de la prime est précisé aux Conditions Particulières du contrat, ainsi que dans le bulletin d'adhésion individuelle de l'Assuré.

Les taux de primes peuvent être modifiés uniquement dans les cas suivants :

- en cas d'aggravation significative de la sinistralité,
- en cas de variation significative du nombre d'agents et de retraités assurés, à la hausse comme à la baisse,
- en cas d'évolutions démographiques significatives,
- en cas de modification de la réglementation.

Les nouveaux taux sont alors communiqués au Souscripteur par l'Assureur dans un délai de six mois avant la fin de chaque exercice annuel.

Si dans le même délai, l'Assureur n'a pas négocié avec le Souscripteur de nouveaux tarifs, les taux restent inchangés.

En cas d'adhésion en cours d'exercice de l'Assuré, la prime n'est due qu'à effet du 1er jour du mois qui suit la date de signature du bulletin d'adhésion individuelle.

Pour les dénonciations d'adhésion, les primes sont dues jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré demande la dénonciation de son adhésion dans les conditions prévues à l'Article 9, soit jusqu'au 31 décembre de cette année.

L'assiette des primes est déterminée comme suit :

- garantie Incapacité Temporaire Totale de travail :
  - ❖ pour les agents recrutés à temps complet, travaillant à temps complet :  
100 % de la base de garantie exprimée en brut et définie à l'article 12 du présent Contrat.
  - ❖ pour les agents recrutés à temps non complet, pour les agents travaillant à temps partiel sur un poste à temps complet :  
fraction de la base de garantie exprimée en brut et définie à l'article 12 du présent Contrat correspondant à la quotité de travail effectuée.
    - ✓ Pour les agents recrutés à temps non complet, l'assiette des primes doit tenir compte du prorata d'heures effectuées.
    - ✓ Pour les agents travaillant à temps partiel sur un poste à temps complet, l'assiette des primes doit tenir compte des coefficients affectés au traitement indiciaire / à la rémunération : 32/35ème pour un agent qui travaille à 90 % ; 6/7ème pour un agent qui travaille à 80 %. Pour les autres cas, il convient de retenir le pourcentage du temps partiel.
- garanties Invalidité Permanente, Perte de Retraite consécutive à une Invalidité Permanente, Décès/PTIA toutes causes, Décès/PTIA accidentels :
  - ✓ 100 % de la base de garantie exprimée en brut et définie à l'article 12 du présent Contrat.

#### Article 21 - Exonération du paiement de la prime

L'exonération du paiement des primes afférentes aux garanties pour lesquelles les Assurés étaient couverts avant la reconnaissance de leur invalidité, est accordée pendant toute la durée du paiement des prestations d'invalidité.

#### Article 22 - Paiement et défaut de paiement de la prime

##### Article 22.1. - Paiement de la prime

Le Souscripteur est tenu au paiement de la prime à l'égard de l'Assureur.

Le prestataire de l'Assureur procède à l'appel de la prime auprès du Souscripteur et à son reversement à l'Assureur.

Un agent détaché ou mis à disposition ne peut pas cumuler l'aide financière de sa Collectivité d'origine et celle de sa Collectivité d'accueil.

Le paiement de la prime est effectué par le débit d'un compte ouvert au nom du Souscripteur.

#### Article 22.2. - Défaut de paiement de la prime

**La cotisation due pour chaque Adhérent est à la charge du Souscripteur.**

**À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur suspend les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure. Conformément à l'article L.113-3 du code des assurances, l'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.**

**Conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans le délai prévu ci-dessus, le Souscripteur adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant de la résiliation de son Adhésion au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de son envoi, sauf régularisation de sa situation entre temps. Même en cas de résiliation, la totalité de la cotisation impayée restera due par l'Assuré.**

## IV - ÉLÉMENTS D'INFORMATIONS

### Article 23. - Eléments démographiques

Avant chaque 31 janvier, le Souscripteur fournit à l'Assureur la liste nominative des Assurés précisant distinctement les montants du traitement indiciaire et, le cas échéant, de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires, bruts annuels, de chaque Assuré ainsi que le total pour l'ensemble des Assurés.

En outre, cette liste indique le nombre d'agents assurés.

De la même manière, chaque trimestre, le Souscripteur, informe l'Assureur des mutations (adjonction, radiation) survenant au sein du groupe des Assurés.

### Article 24 - Information des Assurés

Conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances, une notice d'information établie par l'Assureur est remise au Souscripteur ; cette notice définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Le Souscripteur doit transmettre cette notice à chaque Assuré. La preuve de cette remise matérielle incombe au Souscripteur conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

Ce dernier est également tenu d'informer les Assurés en cas de modifications apportées au contrat. L'Assuré peut dénoncer son adhésion à réception de cette nouvelle version de la notice d'information en raison de ces modifications, moyennant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur. La résiliation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la demande de résiliation par l'Assureur.

### Article 25.- Faculté de renonciation

#### Article 25.1 - Délai de renonciation

L'Assuré bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'Affiliation.

Pendant cette période de 30 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'Assuré 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'Assuré conservant malgré tout et **sauf survenance d'un sinistre couvert pendant le délai de 30 jours, la possibilité de renoncer à son Adhésion dans le délai et les conditions prévus au présent article.**

#### Article 25.2 - Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur 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 n°..... (de contrat) que j'ai signée le ..... à ..... (Lieu d'affiliation). Le ..... (Date et signature) ».

#### Article 25.3 - Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 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 dénoncée 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.

#### Article 26. - Renseignements - Réclamations - Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du Contrat doivent être formulées par l'Adhérent auprès de son interlocuteur habituel ou bien auprès de l'Assureur.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après qu'il aura épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit 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.

**Attention :** le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

#### Article 27. - Informatique et libertés

Les informations collectées concernant l'Assuré sont nécessaires au traitement de sa demande et à la gestion de son adhésion.

Ces informations sont à destination de l'Assureur, de ses délégataires, prestataires ou réassureurs. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification voire d'opposition pour motif légitime. Pour ce faire, l'Assuré peut adresser une demande écrite à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

#### Article 28 - 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 fautive 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 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 peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

#### Article 29 - Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

#### Article 30 - 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 l'Assureur 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.

## **TITRE II – DISPOSITIONS PROPRES À CHAQUE GARANTIE**

## **GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL**

**Le contrat doit comporter au moins l'assurance du risque Incapacité Temporaire Totale de Travail en vertu de l'article 30 du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.**

### Article 31. - Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières en cas de baisse du (de la) traitement indiciaire / rémunération consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de Travail d'un Assuré, survenant pendant la période de garantie.

L'indemnité journalière est calculée en 30<sup>ème</sup> de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours, dans les conditions définies ci-dessous.

#### Pour les agents recrutés à temps complet et non complet

le montant de l'indemnité journalière est au plus égal au produit de :

- 50 %, 45 %, 40 %, 35 %, ou 30 %, selon le plafond retenu par le Souscripteur et précisé aux Conditions Particulières du Contrat et au bulletin d'adhésion individuelle, par 1/365<sup>ème</sup> de **la totalité ou de la fraction** du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) le cas échéant de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires, nets annuels de l'Assuré définis à l'article 12 des Conditions Générales du Contrat correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalués à la date de prise en charge de l'Incapacité Temporaire de Totale Travail par l'Assureur au titre de la présente garantie.

#### Pour les agents travaillant à temps partiel :

le montant de l'indemnité journalière est au plus égal au produit de :

- 50 %, 45 %, 40 %, 35 %, ou 30 %, selon le plafond retenu par le Souscripteur et précisé aux Conditions Particulières du Contrat et au bulletin d'adhésion individuelle, par 1/365<sup>ème</sup> de **la fraction** du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) le cas échéant, de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires, nets annuels de l'Assuré défini à l'article 12 des Conditions Générales du Contrat correspondant au pourcentage de temps de travail effectué, évalués à la date de prise en charge de l'Incapacité Temporaire de Totale Travail par l'Assureur au titre de la présente garantie.

A l'issue de la période de temps partiel autorisée, si l'Assuré demeure en congé de maladie, il recouvre les mêmes droits que les agents exerçant leur activité à temps plein.

**Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par l'Assureur de la baisse de traitement / rémunération et, le cas échéant de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération ; le grade, l'échelon et l'indice de l'Assuré sont figés à cette date.**

### Article 32. - Définition

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail l'Assuré, dont l'âge est inférieur au minimum légal auquel il peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent, réunissant simultanément, pendant la période de garantie, les deux conditions suivantes :

- être temporairement inapte, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une maladie non professionnelle ou d'un accident de la vie privée, à exercer une activité professionnelle,
- percevoir à ce titre des prestations de sa Collectivité en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, ou percevoir à ce titre des prestations d'un régime social obligatoire au titre de l'assurance maladie.

La garantie est due si l'Assuré :

- est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- et ne perçoit plus son plein traitement avant la date de résiliation du Contrat.

**L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies aux articles 16.**

### Article 33 - Règle de cumul

Le montant de l'indemnité journalière versée par l'Assureur, augmenté des prestations versées par la collectivité ou de toute autre indemnité, ne peut en aucun moment excéder, selon le plafond de garantie choisi par le Souscripteur et précisé aux Conditions Particulières :

- 100%
- 95%,
- 90%,
- 85%,
- ou 80%,

de la totalité ou de la fraction du (de la) traitement indiciaire / rémunération selon le régime de travail de l'Assuré, augmenté(e) le cas échéant, de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires nets annuels définis à l'article 12 des dispositions générales du présent Contrat, pris en compte par l'Assureur au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies à l'article 18 des Conditions Générales du présent Contrat.

**Toutefois, la prise en charge par l'Assureur de la perte de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.**

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'Assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

### Article 34. - Revalorisation de la prestation

En cours de service, la prestation versée par l'Assureur est revalorisée dans les conditions définies à l'article 18 des Conditions Générales du Contrat.

### Article 35. - Service et durée maximale de la prestation

La prestation est servie mensuellement, à terme échu, à la date de reconnaissance de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et à l'expiration d'un **délai de franchise**.

#### Délai de franchise :

Le **délai de franchise** est la période pendant laquelle aucune prestation n'est versée. Ce délai est décompté à partir du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.

Il est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail pour ouvrir droit aux prestations versées sous forme d'indemnités journalières. La durée du délai de franchise varie selon le régime et le statut de l'agent.

#### Service de la prestation :

La prestation est versée :

**pour les agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :**

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail jusqu'au 365<sup>ème</sup> jour,
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2<sup>ème</sup> année jusqu'à la fin de la 3<sup>ème</sup> année,
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4<sup>ème</sup> année jusqu'à la fin de la 5<sup>ème</sup> année,
- en cas de mise en disponibilité d'office consécutif à l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire.
- afin de couvrir les dispositions des décrets n°87-602 du 30 juillet 1987 et n°2011-1245 du 5 octobre 2011, les prestations sont maintenues jusqu'à la date de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.

**pour les agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :**

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail jusqu'au 365<sup>ème</sup> jour,
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2<sup>ème</sup> année jusqu'à la fin de la 3<sup>ème</sup> année.

## **pour les agents contractuels de droit public affiliés au régime général de la Sécurité sociale et à l'IRCANTEC :**

- en cas de maladie ordinaire :
  - ❖ pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'Assuré subit une perte de salaire,
  - ❖ pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu,
  - ❖ pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :
  - ❖ à partir du début de la 2<sup>ème</sup> année jusqu'à la fin de la 3<sup>ème</sup> année.
- en cas de congé sans traitement si l'agent bénéficie d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale, dans la limite de 1 095 jours d'arrêt de travail.

## **pour les agents contractuels de droit privé :**

- en cas de maladie ordinaire :
  - ❖ quelle que soit l'ancienneté de l'agent, au plus tôt à partir du 4<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail continu, et dans la limite de 365 jours d'arrêt sur 3 ans.
- en cas d'affection de longue durée :
  - ❖ quelle que soit l'ancienneté de l'agent, au plus tôt à partir du 4<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail continu, et dans la limite de 3 ans d'indemnisation par la Sécurité sociale de date à date.

### Durée maximale de la prestation :

Pour tous les Assurés, la durée maximale du service des indemnités journalières ne peut excéder en tout état de cause **1095 jours continus**.

**En cas de rétablissement du plein traitement par la collectivité, à effet rétroactif, pour la période indemnisée au titre de la présente garantie, lorsque l'Assuré est placé en congé de longue maladie (CLM), en congé de maladie de longue durée (CLD) ou en congé de grave maladie, les indemnités versées par l'Assureur doivent être remboursées par l'Assuré au Souscripteur, à charge pour lui de reverser la somme par virement à l'Assureur.**

### Article 36. - Cessation du versement de la prestation

L'indemnisation cesse :

- dès la reprise d'activité, même partielle de l'Assuré, y compris en cas de temps partiel thérapeutique,
- dès la fin de l'indemnisation par la collectivité au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale,
- à la liquidation d'une pension d'Invalidité par le régime de base de l'Assuré,
- à la date de la cessation d'activité pour l'Assuré admis à faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard à l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent,
- à la fin du mois qui suit le décès ou la PTIA de l'Assuré,
- à l'expiration du délai de 1095 jours visé à l'article 35 des Conditions Générales du Contrat,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical de l'Assuré,
- en cas de démission ou de radiation des effectifs du Souscripteur,
- en cas de mise en disponibilité d'office, au 1095ème jour d'interruption de travail incluant les arrêts au titre de la maladie ordinaire, du congé de longue maladie et du congé de maladie de longue durée, y compris les périodes prises en charge à 100 % par la collectivité.

La prise en charge par l'Assureur de la perte de la N.B.I. et/ou des indemnités accessoires cesse dès que ces avantages sortent du cadre d'une quelconque obligation par la collectivité de maintien partiel ou total de ceux-ci en application du statut de la Fonction Publique Territoriale.

#### Article 37. - Maintien des prestations

La résiliation du présent Contrat est sans effet sur le service des prestations qui se poursuit jusqu'au terme contractuel prévu par le présent Contrat.

#### Article 38. - Risques exclus

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- les conséquences de tentative de suicide de l'Assuré,
- les conséquences des faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les bénéficiaires,
- les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, 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,
- les conséquences de la participation volontaire et violente de l'Assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires,
- les conséquences de démonstrations, acrobaties, courses, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs,
- les conséquences des rixes, jeux et paris,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- 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,
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute,
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

#### Article 39. - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des indemnités journalières garanties doivent être adressées par le Souscripteur ou par l'Assuré à l'Assureur ou à son gestionnaire, dans les jours qui suivent la survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et au plus tard dans un délai de 3 mois, accompagnées des pièces suivantes :

- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du Statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation émanant de la collectivité qui indique : la nature du congé accordé (maladie ordinaire, longue maladie, congé de longue durée, disponibilité),
- les avis du Comité médical ou de la Commission de réforme,
- les certificats médicaux d'arrêt,
- le bulletin de paie pour la période à demi-traitement demandée,

- le dernier bulletin de paie à plein traitement,
- une attestation de la collectivité indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- pour les contractuels, une attestation de la collectivité précisant la date d'embauche de l'Assuré,
- un Relevé d'Identité Bancaire de l'Assuré,
- et pour bénéficier le cas échéant du maintien des indemnités accessoires :
  - ❖ les 3 derniers bulletins de paie,
  - ❖ ainsi que ceux mentionnant les indemnités accessoires si celles-ci ne sont pas mensuelles,

## **GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE**

**Cette garantie ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.**

### Article 40. - Objet et montant

L'Assureur garantit le versement d'une rente temporaire en cas de baisse du traitement / rémunération consécutive à une Invalidité Permanente.

Le montant annuel de la prestation, versée sous forme de rente, est au plus égal au produit de :

- 50%, 45 %, 40 %, 35 %, ou 30 %, selon le plafond retenu par le Souscripteur et/ou l'Assuré et précisé aux dispositions particulières du présent Contrat et au bulletin d'adhésion individuelle, par le traitement indiciaire / rémunération net(te) annuel(le) de l'Assuré, évalué au jour de la constatation de l'Invalidité Permanente.

**Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge au titre de la garantie Baisse de traitement consécutive à une Invalidité Permanente par l'Assureur, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération, le grade et l'échelon et l'indice de l'Assuré sont figés à cette date.**

### Article 41. - Définition

L'Invalidité Permanente est reconnue lorsque l'Assuré, dont l'âge est inférieur à l'âge minimum légal de départ à la retraite, remplit les conditions suivantes :

- pour les Assurés relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, avoir été mis à la retraite pour une invalidité définitive et absolue, les empêchant d'exercer leurs fonctions, reconnue par les organismes compétents,

ou

- pour les Assurés relevant du Régime général de la Sécurité sociale, être atteint d'une invalidité non imputable au service classée en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie,

**L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies aux articles 16.**

### Article 42 - Règle de cumul

Le montant annuel de la rente versée par l'Assureur, augmenté des prestations versées par la collectivité ou de toute autre indemnité, ne peut en aucun cas excéder, selon le plafond de garantie choisi et précisé aux Conditions Particulières et au bulletin d'adhésion individuelle :

- 100%
- 95%,
- 90%,
- 85%,
- ou 80%,

de la totalité ou de la fraction du traitement indiciaire / rémunération indiciaire selon le régime de travail de l'Assuré, défini à l'article 12 des Conditions Générales du Contrat, pris en compte par l'Assureur au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies à l'article 18 des Conditions Générales du Contrat.

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par l'Assureur est réduite à due concurrence de ce montant.

### Article 43. - Revalorisation de la prestation

En cours de service, la prestation versée par l'Assureur est revalorisée dans les conditions définies à l'article 18 des Conditions Générales du Contrat.

#### Article 44 - Service de la prestation

La rente est servie mensuellement, et à terme échu :

- à compter de la date de mise en retraite pour invalidité pour les agents relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale,
- à compter de la date d'attribution d'une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie pour les agents relevant du régime de la Sécurité sociale.

#### Article 45. - Cessation du versement de la prestation

Le versement de la rente cesse :

- dès la reprise d'activité, même partielle de l'Assuré, y compris en temps partiel thérapeutique,
- à l'âge légal de départ à la retraite au titre du régime auquel l'agent est affilié,
- au jour de la liquidation de la pension vieillesse pour les agents relevant du régime de la Sécurité sociale
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical de l'Assuré,
- à la fin du mois qui suit le décès.

#### Article 46 - Maintien des prestations

**La résiliation du Contrat est sans effet sur le service des prestations qui se poursuit jusqu'au terme contractuel prévu par le Contrat.**

#### Article 47. - Risques exclus

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

- **les conséquences de tentative de suicide de l'Assuré,**
- **les conséquences des faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les bénéficiaires,**
- **les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, 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,**
- **les conséquences de la participation volontaire et violente de l'Assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires,**
- **les conséquences de démonstrations, acrobaties, courses, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs,**
- **les conséquences des rixes, jeux et paris,**
- **les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,**
- **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,**
- **les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,**
- **les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute,**
- **les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.**

#### Article 48. - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des prestations garanties doivent être adressées par le Souscripteur ou l'Assuré à l'Assureur ou à son gestionnaire, dans les jours qui suivent la survenance de l'Invalidité Permanente et au plus tard dans un délai de 3 mois, accompagnées des pièces suivantes :

##### A l'ouverture des droits :

- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité,
- un Relevé d'Identité Bancaire de l'Assuré lors de la 1<sup>ère</sup> demande et en cas de modification des données concernant l'Assuré.

##### **doivent être produits en outre :**

- pour les agents relevant de la Fonction Publique Territoriale :
  - ❖ un extrait de liquidation de la rente pour invalidité CNRACL,
  - ❖ les bulletins de paiements émanant de la CNRACL.
  - ❖ le document émanant de la CNRACL mentionnant l'invalidité.
- pour les agents relevant de la Sécurité sociale :
  - ❖ - les notifications de la Sécurité sociale classant l'Assuré en incapacité permanente ou invalidité permanente,
  - ❖ les décomptes de paiements de la Sécurité sociale.

##### et une fois par an :

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie selon modèle fourni en ANNEXE 1.

## **GARANTIE PERTE DE RETRAITE**

**Cette garantie ne peut être souscrite qu'en étant associée aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente.**

### Article 49. - Objet et montant

La garantie Perte de Retraite a pour objet de compenser la perte de droits à retraite de l'Assuré qui, en raison de son Invalidité Permanente, n'a pas pu cotiser aux régimes de retraite dans les meilleures conditions.

L'Assureur garantit alors le versement d'une rente viagère annuelle complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'Assuré, en cas d'Invalidité Permanente. Le point de départ du service de la rente est précisé à l'article 53 du présent Contrat.

Le montant de la rente annuelle est égal au produit :

- du pourcentage défini par la réglementation en vigueur, par le traitement indiciaire brut annuel (TIB) de l'Assuré tel que défini à l'article 12 du présent Contrat (indice de l'Assuré au jour de la constatation de l'Invalidité Permanente, valeur du point de la Fonction Publique au jour de la prise en charge par l'Assureur au titre de la présente garantie) et multiplié par le nombre de trimestres courus entre la date de prise en charge de l'Invalidité Permanente et l'âge de la retraite.

**L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies aux articles 16.**

### Article 50. - Définition

L'Invalidité Permanente s'entend telle qu'elle est définie à l'article 40 des Conditions Générales du Contrat.

### Article 51. - Règle de cumul

L'ensemble du montant des pensions et retraites des régimes légaux et du complément de retraite servi par l'Assureur ne peut excéder le produit de 75 % du traitement indiciaire / de la rémunération brut(e) annuel(le), défini à l'article 12, par le pourcentage du plafond d'indemnisation choisi et précisé aux Conditions Particulières et au bulletin d'adhésion individuelle :

- 100%,
- 95%,
- 90%,
- 85 %
- ou 80%.

Toutefois, lorsque l'Assuré bénéficie en outre d'une rente d'invalidité, le cumul des pensions, retraites, rentes diverses servies par les régimes légaux ainsi que du complément servi par l'Assureur peuvent se cumuler dans le limite du produit de 100 % du traitement indiciaire brut annuel défini l'article 47 par le pourcentage du plafond d'indemnisation précisé aux Conditions Particulières du Contrat.

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par l'Assureur est réduite à due concurrence de ce montant.

**Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente par l'Assureur, même à effet rétroactif, ne sera pris en considération, le grade et l'échelon et l'indice de l'Assuré sont figés à cette date.**

**Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs ne sont pas prises en compte dans la règle de cumul.**

### Article 52. - Revalorisation de la prestation

En cours de service, la prestation versée par l'Assureur est revalorisée dans les conditions définies à l'article 18 des Conditions Générales du Contrat.

#### Article 53. - Service de la prestation

La rente est servie mensuellement et à terme échu à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'Assuré, et au plus tôt à l'âge minimum légal de départ à la retraite.

#### Article 54. - Cessation du versement de la prestation

La prestation cesse :

- à la fin du mois qui suit le décès.

#### Article 55. - Maintien des prestations

**La résiliation du Contrat est sans effet sur le service des prestations qui se poursuit jusqu'au terme contractuel prévu par le Contrat.**

#### Article 56. - Formalités en cas de sinistre

Les éléments nécessaires à la détermination des prestations garanties doivent être adressées par l'Assuré à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance de l'Invalidité Permanente et au plus tard dans un délai de 3 mois, accompagnées des pièces suivantes :

A l'ouverture des droits :

- le ou les titres de pension,
- et
- le relevé de pension(s) de retraite(s) obligatoire(s) (CNRACL, etc.),
- et
- une attestation sur l'honneur mentionnant que l'intéressé(e) ne perçoit pas d'autre(s) pension(s) de retraite(s) obligatoire(s) (CNRACL, etc.),

Doivent être produits en outre :

- **pour les agents relevant de la Fonction Publique Territoriale :**
  - ❖ le dernier bulletin de paiement émanant de la CNRACL.
- **pour les agents relevant de la Sécurité sociale :**
  - ❖ le dernier décompte de paiement de la Sécurité sociale.

Et une fois par an :

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie selon modèle fourni en ANNEXE 1.

**Passé ce délai de trois mois, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues à l'Assuré à compter de la date de réception du dossier complet.**

## **GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES**

**Cette garantie ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.**

### Article 57. - Objet et montant

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de :

- de décès d'un Assuré survenant avant l'âge minimum légal auquel l'Assuré peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent,
- PTIA d'un Assuré survenant avant l'âge minimum légal de départ à la retraite, survenant pendant la période de garantie.

Le montant du capital garanti est égal à 100 % du traitement indiciaire / de la rémunération brut(e) annuel(le) de l'Assuré, défini à l'article 12 des Conditions Générales du Contrat, évalué à la date du sinistre.

### Article 58. - Définition

Est considéré en état de PTIA, l'Assuré, dont l'âge est inférieur à l'âge minimum légal de départ à la retraite, réunissant simultanément les deux conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer).

**L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies aux articles 16.**

### Article 59. - Bénéficiaires

#### **En cas de décès :**

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé,
- à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix.

Pour ce faire, le Souscripteur remet à l'Assuré un document établi par l'Assureur et relatif à la désignation de bénéficiaire(s) dans lequel celui-ci désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix. Dans ce dernier cas, le Souscripteur s'engage, s'il en a eu connaissance, à transmettre à l'Assureur, dans les plus brefs délais, les désignations de bénéficiaires.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé par le Souscripteur, dans les plus brefs délais, à l'Assureur.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré est invité à renseigner au moins les nom de naissance, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisés par CNP Assurances en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du ou des bénéficiaire(s). Ceci s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment. Il devient bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du bénéficiaire et de l'Assureur.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'Assuré et du bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle aura été notifiée par écrit à l'Assureur.

Cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particulier prévu par le code des assurances et le Code civil.

Le bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier enfant de l'Assuré.

Si au jour du décès de l'Assuré, le bénéficiaire n'est pas déterminé ou déterminable, la clause-type ci-dessus s'applique.

#### **En cas de PTIA :**

Le bénéficiaire de la prestation est l'Assuré.

#### Article 60 - Prestations

#### **En cas de décès :**

Le montant du capital garanti est précisé aux Conditions Particulières.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du ou des bénéficiaire(s).

#### **En cas de PTIA :**

Le montant du capital garanti est précisé aux Conditions Particulières.

Le capital PTIA est versé sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré.

Le capital garanti fixé aux Conditions Particulières est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la PTIA aura été apportée. **Dans le cas où l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA mais avant son règlement, le versement du capital garanti en cas de PTIA s'effectue au bénéfice de la succession de l'Assuré.**

**L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA.**

#### Article 61. - Revalorisation post-mortem du Capital décès

Le capital garanti en cas de décès au profit d'un bénéficiaire personne physique, dont le montant figure au bulletin d'adhésion individuelle produit intérêt de plein droit, net de frais et pour chaque année civile, dès la date du décès de l'Assuré et jusqu'à réception par l'Assureur de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, ou au plus tard jusqu'à la date de versement des sommes non réglées à la Caisse des Dépôts et Consignations, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

La revalorisation post-mortem telle que décrite ci-avant s'applique également à la garantie Décès accidentel.

#### Article 62. - Risques exclus

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

- **le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties sauf si le Souscripteur peut justifier que l'Assuré était couvert pour les mêmes risques pendant les 12 mois qui ont précédé son suicide.**
- **le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré.**

## Article 63. - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces suivantes :

### **En cas de décès :**

Les bénéficiaires doivent fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès, les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- le certificat médical attestant du décès, disponible auprès de l'Assureur,
- les pièces justificatives de la qualité du ou des bénéficiaire(s) ainsi que la désignation de bénéficiaire(s) éventuelle.

***Selon la qualité du (des) bénéficiaire(s), les pièces suivantes doivent accompagner la demande de prestation:***

#### ▪ Conjoint :

- conjoint né en France : un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales,
- conjoint né hors de France : une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le conjoint ainsi qu'une attestation sur l'honneur du conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé.

#### ▪ Bénéficiaire ayant conclu un Pacte civil de solidarité avec l'Assuré :

- une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé.

#### ▪ Concubin :

- une attestation de concubinage si elle est délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms.

#### ▪ Enfants :

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété.

#### ▪ Bénéficiaire nommément désigné :

- un extrait d'acte de naissance ou une photocopie de la carte d'identité.

### **En cas de PTIA :**

L'Assuré doit fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, les pièces suivantes :

- la notification de la décision de Sécurité sociale le classant en 3ème catégorie d'invalidité ou en incapacité permanente à 100 % au titre de la réglementation des accidents de travail et maladies professionnelles, ou l'avis de la Commission de réforme,
- un certificat médical de son médecin traitant précisant si possible la cause de la PTIA ou l'attestation médicale d'Incapacité-Invalidité, disponible auprès de l'Assureur.

### **Dans tous les cas :**

- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial de l'Assuré,
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des bénéficiaire(s),
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ou ses) représentant(s),
- et le cas échéant, toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès.

### ***Lorsque le montant du capital dépend de la situation familiale de l'Assuré :***

#### ▪ Assuré marié :

- conjoint né en France : un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales,
- conjoint né hors de France : une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le conjoint ainsi qu'une attestation sur l'honneur du conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé.

#### ▪ Assuré ayant conclu un Pacte civil de solidarité :

- une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé.

#### ▪ Assuré vivant en concubinage :

- une attestation de concubinage si elle est délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms.

▪ **Assuré ayant des enfants à charge :**

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété,
- une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'Assuré, et le cas échéant de celui de son partenaire de Pacs, de son concubin et de ses enfants bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- pour les enfants de plus de 21 ans, un certificat de scolarité délivré par l'établissement scolaire et mentionnant leur appartenance à un régime de Sécurité sociale étudiante,
- pour les enfants infirmes : une copie de la carte d'invalidé civil.

▪ **Assuré ayant des ascendants à charge :**

- une copie du livret de famille,
- une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'Assuré.

L'Assureur peut indiquer à l'Assuré les pièces justificatives destinées à étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil (article 1353 à compter du 1er octobre 2016).

Le versement de la prestation est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

**Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la survenance du décès ou de la PTIA. Le versement du capital s'effectuera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.**

## **GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELS**

**La garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentels ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/PTIA toutes causes.**

### Article 64. - Objet et montant

La garantie a pour objet le doublement du capital défini à l'article 67 des Conditions Générales du Contrat en cas de décès ou PTIA d'un Assuré consécutif à un accident, survenant pendant la période de garantie.

### Article 65. - Définitions

On entend par « 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.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est définie à l'Article 58 des Conditions Générales.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la PTIA, ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s).

Le décès ou la PTIA est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident pour des causes cliniques qui ont affecté la santé de l'Assuré et qui résultent de l'accident.

**L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 16.**

### Article 66. - Bénéficiaires

Le règlement est effectué dans les mêmes conditions que celles précisées à l'Article 59 des présentes Conditions Générales.

### Article 67. - Service de la prestation

Le capital garanti est exigible à la date à laquelle la preuve de l'existence du décès accidentel ou de la PTIA accidentelle, au sens de l'article 65, aura été apportée.

**Le règlement au titre du décès met fin à la garantie PTIA.**

**L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA.** Si l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès qui sera versé.

### Article 68 - Risques exclus

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

- **les faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les bénéficiaires,**
- **les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, 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,**
- **les conséquences de la participation volontaire et violente de l'Assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires,**
- **les conséquences de démonstrations, acrobaties, courses, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs,**
- **les conséquences des rixes, jeux et paris,**

- les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- 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,
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute,
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

#### Article 69. - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, accompagnées des pièces suivantes :

- les pièces suivantes définies à l'article 63 des Conditions Générales du Contrat,
- toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'accident au sens de l'article 65 et le décès ou la PTIA.

## **GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION**

**La garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) consécutifs à un accident de la circulation ne peut être souscrite qu'en étant associée à la garantie Décès/PTIA accidentels.**

### Article 70. - Objet et montant

La garantie a pour objet le triplement du capital défini à l'article 57 des Conditions Générales du Contrat en cas de décès ou PTIA d'un Assuré consécutifs à un accident de la circulation, survenant pendant la période de garantie.

### Article 71. - Définitions

On entend par 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.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est définie à l'Article 58 des présentes Conditions Générales.

Par accident de circulation il faut entendre tout accident qui survient :

- soit au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée,
- soit à l'occasion d'un parcours effectué par l'assuré par voie de terre, de fer, de mer ou d'air, et à condition que l'accident mette en cause le moyen de transport utilisé.

Le décès ou la PTIA est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident pour des causes cliniques qui ont affecté la santé de l'Assuré et qui résultent de l'accident.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident de la circulation et le décès ou la PTIA, ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s).

**L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 16.**

### Article 72. - Bénéficiaires

Le règlement est effectué dans les mêmes conditions que celles précisées à l'Article 61 des présentes Conditions Générales

### Article 73. - Service de la prestation

Le capital garanti est exigible à la date à laquelle la preuve de l'existence du décès accidentel ou de la PTIA accidentelle, au sens de l'article 71, aura été apportée.

**Le règlement au titre du décès met fin à la garantie PTIA.**

**L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA.** Si l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès qui sera versé.

### Article 74. - Risques exclus

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

- **les faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les bénéficiaires,**
- **les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, 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,**

- les conséquences de la participation volontaire et violente de l'Assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires,
- les conséquences de démonstrations, acrobaties, courses, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs,
- les conséquences des rixes, jeux et paris,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- 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,
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute,
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

#### Article 75. - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, accompagnées des pièces suivantes :

- les pièces suivantes définies à l'article 63 des Conditions Générales du Contrat,
- toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'accident au sens de l'article 71 et le décès ou la PTIA.

## **GARANTIE RENTE ÉDUCATION**

### Article 76 - Objet

La garantie a pour objet le service d'une rente temporaire au profit de chaque enfant à charge de l'Assuré en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de ce dernier survenant pendant la période de garantie.

### Article 77 - Définition

La notion de PTIA est définie à l'Article 58 des présentes Conditions Générales.

### Article 78 - Risques exclus

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

- **le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties, sauf si le Souscripteur peut justifier que l'Assuré était couvert pour les mêmes risques pendant les 12 mois qui ont précédé son suicide.**
- **le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré ou par le(s) bénéficiaire(s).**

### Article 79 - Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les enfants à la charge de l'Assuré à la date de l'événement tels que définis à l'Article 12 des présentes Conditions Générales.

La prestation est alors versée à l'enfant :

- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant son 21ème anniversaire,
- jusqu'à la fin du trimestre civil suivant son 26ème anniversaire s'il est affilié au régime de la Sécurité sociale des étudiants en poursuivant des études supérieures,
- quel que soit son âge s'il est titulaire de la carte d'invalidité d'au moins 80 %.

### Article 80 - Prestations

La base des garanties est précisée aux Conditions Particulières.

Le montant de la rente journalière est fixé en pourcentage de la 365ème partie de la base des garanties.

La rente est payable trimestriellement à terme échu sous condition de vie : une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie doit être produite chaque année (selon modèle fourni en Annexe 1 des présentes Conditions Générales).

La rente est versée à l'enfant bénéficiaire. Elle débute le jour du décès ou de la PTIA de l'Assuré : un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès ou de la PTIA de l'Assuré et l'échéance trimestrielle suivante.

Le service de la rente cesse :

- à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'attribution visées à l'Article 79 des présentes Conditions Générales,
- au plus tard, en tout état de cause, à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire décède.

Lorsque l'Assuré décède alors que la rente éducation est déjà servie au titre de la PTIA, la prestation continue d'être versée pour son montant initialement prévu.

## Article 81 - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination de la rente garantie doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces suivantes :

- un extrait d'acte de naissance pour chacun des enfants,
- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès, ou les pièces pouvant justifier la PTIA,
- le certificat médical attestant du décès, disponible auprès de l'Assureur,
- un certificat médical de son médecin traitant précisant si possible la cause de la PTIA ou l'attestation médicale d'Incapacité-Invalidité, disponible auprès de l'Assureur,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial de l'Assuré,
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des bénéficiaire(s),
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),
- une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'Assuré et des bénéficiaires au titre de l'exercice précédant l'événement,
- pour les enfants de plus de 21 ans, un certificat de scolarité délivré par l'établissement scolaire et mentionnant leur appartenance à un régime de Sécurité sociale étudiante,
- pour les enfants infirmes une copie de la carte d'invalidé civil.

L'Assureur peut indiquer au(x) bénéficiaire(s) les pièces justificatives destinées à étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil (article 1353 à compter du 1er octobre 2016).

Le versement de la prestation est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

**Les pièces relatives aux études poursuivies par l'enfant ou à son invalidité doivent être fournies pour le 30 novembre au plus tard chaque année ; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.**

**Chaque 1<sup>er</sup> janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon le modèle fourni en Annexe 1), ainsi que la copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition (exercice fiscal précédent) du bénéficiaire de la rente ou le cas échéant de son représentant légal; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.**

**Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la survenance de la PTIA et du décès. Le versement de la rente débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.**

## **GARANTIE RENTE DE CONJOINT**

### Article 82 - Objet

La garantie a pour objet le service d'une rente viagère et/ou temporaire au profit du conjoint de l'Assuré en cas de décès de ce dernier survenant pendant la période de garantie.

### Article 83 - Risques Exclus

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

- **le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties, sauf si le Souscripteur peut justifier que l'Assuré était couvert pour les mêmes risques pendant les 12 mois qui ont précédé son suicide.**
- **le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré ou par le bénéficiaire.**

### Article 84 - Bénéficiaire

Le bénéficiaire de la rente est le conjoint de l'Assuré non séparé de corps par un jugement définitif.

La prestation est servie :

- **pour la rente viagère** : jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire décède,
- **pour la rente temporaire** : jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le conjoint peut bénéficier d'une pension de réversion d'un régime de base,

et en tout état de cause au plus tard jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire se remarie, conclut un pacte civil de solidarité, ou décède.

### Article 85 - Prestations

L'étendue et le montant de cette prestation sont précisés aux Conditions Particulières.

Le montant de la rente journalière est fixé en pourcentage de la 365ème partie de la base des garanties.

La rente est payable trimestriellement à terme échu sous condition de vie ; elle est versée au bénéficiaire, et son service débute le jour du décès de l'Assuré : un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'Assuré et l'échéance trimestrielle suivante.

### Article 86 - Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination de la rente garantie doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces suivantes :

- un extrait d'acte de décès de l'Assuré,
- le certificat médical attestant du décès, disponible auprès de l'Assureur,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité du bénéficiaire et, le cas échéant, de son ou ses représentants,
- une copie des 12 derniers bulletins de paie précédant le décès ou l'arrêt de travail initial de l'Assuré,
- une copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'Assuré au titre de l'exercice précédant l'événement,
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire.

**Il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve qu'il avait, au jour du sinistre la qualité de conjoint.**

#### ▪ Conjoint de l'Assuré :

- conjoint né en France : un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales,
- conjoint né hors de France : une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le conjoint ainsi qu'une attestation sur l'honneur du conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé.

L'Assureur peut indiquer au bénéficiaire les pièces justificatives destinées à étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil (article 1353 à compter du 1er octobre 2016).

Le versement d'une ou des prestations est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

**Chaque 1<sup>er</sup> janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en Annexe 1), ainsi que la copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition (exercice fiscal précédent) du bénéficiaire de la rente; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.**

**Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la survenance du décès. Le versement de la rente débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.**

**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 : .....

Collectivité : .....

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<sup>1</sup> du code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1<sup>2</sup> et 313-3<sup>3</sup> du code pénal.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais disposer d'un droit d'accès et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances – Correspondant Informatique et Libertés – 4, place Raoul Dautry – 75716 PARIS cedex 15. Ces données sont nécessaires au traitement de l'adhésion et à la gestion de mon Contrat et sont destinées, à cette fin à CNP Assurances et à ses partenaires.

Fait à ....., le .....

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

<sup>1</sup> Article 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 3 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 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 313-3 : « 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. »