

DEPARTEMENT COLLECTIVITES LOCALES, ENTREPRISES ET COURTAGE
SERVICE DEVELOPPEMENT COLLECTIVITES LOCALES

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT N°3145t-99269

relative au contrat de prévoyance complémentaire du personnel de la fonction publique et à la convention de participation du
Centre de Gestion du Haut Rhin
à effet du 01/01/2025

**Incapacité temporaire
Invalidité permanente totale
Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente
Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

**PERSONNEL AFFILIÉ A LA C.N.R.A.C.L.
PERSONNEL AFFILIÉ A L'I.R.C.A.N.T.E.C.
Agents de droit public et de droit privé**

NOTICE ÉMISE LE 29 juillet 2024

Sommaire

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
ARTICLE 1 - NATURE DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE	4
ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE	4
ARTICLE 3 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU NON	4
ARTICLE 4 - POPULATION ASSURABLE	4
ARTICLE 5 - INTERVENANTS AU CONTRAT.....	4
ARTICLE 6 - DEFINITIONS	5
I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES À L'ADHÉSION	6
ARTICLE 7 - ADHESION AU CONTRAT.....	6
ARTICLE 8 - CESSATION DE L'ADHESION.....	7
II - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX GARANTIES	8
ARTICLE 9 - DATE DE PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES	8
ARTICLE 10 - BASE DES GARANTIES	8
ARTICLE 11 - PLAFOND DES GARANTIES.....	8
ARTICLE 12 - MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES	8
ARTICLE 13 - RISQUES EXCLUS	8
ARTICLE 14 - SUBROGATION	9
ARTICLE 15 - CONTROLE MEDICAL - CONCILIATION - TIERCE EXPERTISE	9
ARTICLE 15.1 - CONTROLE MEDICAL.....	9
ARTICLE 15.2 - CONCILIATION	9
ARTICLE 15.3 - TIERCE EXPERTISE.....	9
III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX PRIMES	9
ARTICLE 16 - PAIEMENT ET DEFAT DE PAIEMENT DE LA PRIME.....	9
ARTICLE 16.1 - PAIEMENT DE LA PRIME	9
ARTICLE 16.2 - DEFAT DE PAIEMENT DE LA PRIME.....	10
ARTICLE 16.3 - EXONERATION DU PAIEMENT DE LA PRIME.....	10
IV - ÉLÉMENTS D'INFORMATIONS.....	10
ARTICLE 17 – LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE.....	10
ARTICLE 18 - COUT INHERENT AU MODE DE COMMERCIALISATION	10
ARTICLE 19 – TERRITORIALITE DES GARANTIES.....	10
ARTICLE 20 - INFORMATION DES ASSURES.....	11
ARTICLE 21 - FACULTE DE RENONCIATION	11
ARTICLE 21.1 - DELAI DE RENONCIATION	11
ARTICLE 21.2 - MODALITES DE RENONCIATION	11
ARTICLE 21.3 - EFFETS DE LA RENONCIATION	11
ARTICLE 22 - RENSEIGNEMENTS - RECLAMATIONS - MEDIATION.....	11
ARTICLE 23 - INFORMATIQUE ET LIBERTES	12
ARTICLE 24 - PRESCRIPTION	12
ARTICLE 25 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES	12
ARTICLE 26 - LUTTE ANTI BLANCHIMENT	12
TITRE II - DISPOSITIONS PROPRES À CHAQUE GARANTIE.....	13
GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	13
ARTICLE 27 - OBJET ET MONTANT.....	13
ARTICLE 28 - DEFINITION	13
ARTICLE 29 - REGLE DE CUMUL	14
ARTICLE 30 - SERVICE ET DUREE MAXIMALE DE LA PRESTATION	14
ARTICLE 31 - CESSATION DU VERSEMENT DE LA PRESTATION	15
ARTICLE 32 - MAINTIEN DES PRESTATIONS	15
ARTICLE 33 - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	15
GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE	16
ARTICLE 34 - OBJET ET MONTANT.....	16

ARTICLE 35 - DEFINITION	16
ARTICLE 36 - REGLE DE CUMUL	16
ARTICLE 37 - SERVICE DE LA PRESTATION.....	16
ARTICLE 38 - CESSATION DU VERSEMENT DE LA PRESTATION	16
ARTICLE 39 - MAINTIEN DES PRESTATIONS	17
ARTICLE 40 - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	17
GARANTIE PERTE DE RETRAITE	17
ARTICLE 41 - OBJET ET MONTANT.....	17
ARTICLE 42 - REGLE DE CUMUL	17
ARTICLE 43 - SERVICE DE LA PRESTATION.....	18
ARTICLE 44 - CESSATION DU VERSEMENT DE LA PRESTATION	18
ARTICLE 45 - MAINTIEN DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 46 - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	18
GARANTIE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES	18
ARTICLE 47 - OBJET ET MONTANT.....	18
ARTICLE 48- DEFINITION.....	18
ARTICLE 49 - BENEFICIAIRES	19
ARTICLE 50 - PRESTATIONS	19
ARTICLE 51 - REVALORISATION POST-MORTEM DU CAPITAL DECES	20
ARTICLE 52- FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	20
ANNEXE 1 – MODÈLE DE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE	22
ANNEXE 2 – RECOMMANDATIONS POUR COMPLÉTER LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS.....	22
ANNEXE 3 – LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS	25

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Nature du contrat d'assurance de groupe

Le contrat relatif à la présente notice d'information 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.

Article 2 - Objet du contrat d'assurance de groupe

Le contrat a pour objet de garantir aux agents souscripteurs, le versement de prestations en cas :

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

Le contrat propose une formule de garanties relevant du choix de l'adhérent, dans les conditions définies ci-dessous:

Base : Incapacité temporaire, Invalidité permanente totale, Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente

Option : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Garanties	Niveau d'indemnisation	Taux de cotisation en pourcentage de l'assiette de cotisation
Garanties de base : <ul style="list-style-type: none">• Incapacité temporaire• Invalidité permanente totale• Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente	95 % du traitement net de référence	0.94 % 0.51 % 0.71 %
Option : <ul style="list-style-type: none">• Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	100% traitement annuel brut de référence	0.34 %

Il a été conclu par le Centre de Gestion du Haut-Rhin à compter du premier janvier deux mille dix-neuf, pour une durée de six ans. Le contrat est prorogé, d'une année, du premier janvier au trente et un décembre deux mille vingt-cinq.

Article 3 - Fausse déclaration intentionnelle ou non

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

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part de l'assuré et/ou d'un ayant droit entraîne, quelle que soit la garantie mise en jeu, la nullité de la couverture de l'assuré et de ses éventuels ayants droit ou la réduction des garanties conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

Article 4 - Population assurable

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, contractuels de droit public affiliés au régime général de sécurité sociale et à l'IRCANTEC
- les agents de droit privé.

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

Article 5 - Intervenants au contrat

Le contrat est assuré par CNP Assurances, 686 618 477 € entièrement libéré 341 737 062 RCS Nanterre ; entreprise régie

par le code de assurances - IDU REP Papiers FR231782_O3IAIS dont le siège social est situé 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-Les-Moulineaux.

Le contrat est géré pour le compte de l'assureur par :

RELYENS SPS, 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 Vasselay.

Article 6 - 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 et 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 de la N.B.I. (Nouvelle Bonification Indiciaire) et du régime indemnitaire, brut annuel pour les garanties Incapacité temporaire , Invalidité permanente totale Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le traitement indiciaire augmenté de la N.B.I. (Nouvelle Bonification Indiciaire) pour la garantie Perte de retraite

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 toutes les indemnités et primes accessoires, telles que déclarées dans la délibération, à l'exclusion du complément indemnitaire annuel (CIA) et des remboursements de frais.

L'assiette de cotisations est différente en fonction des garanties :

Traitement Brut Indiciaire + Nouvelle Bonification Indiciaire + Régime Indemnitaire pour les garanties :

- Incapacité temporaire
- Invalidité permanente totale
- Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Traitement Brut Indiciaire + Nouvelle Bonification Indiciaire pour la garantie :

- Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente

Pour les agents de droit privé, la somme de la dernière rémunération brute annuelle, augmentée des primes et indemnités brutes que l'adhérent auraient perçues en contrepartie ou à l'occasion de son travail.

Rémunération brute annuelle + primes et indemnités brutes <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité temporaire • Invalidité permanente totale • Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie 	Rémunération brute annuelle <ul style="list-style-type: none"> • Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente
---	--

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).

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).

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES À L'ADHÉSION

Article 7 - Adhésion au contrat

L'adhésion est individuelle et facultative. Elle est ouverte aux personnes en activité, appartenant à la population assurable visée à l'article 4, au sein d'une collectivité ou un établissement public ayant mandaté le Centre de Gestion dans le cadre de la convention de participation.

L'adhésion se fait sans questionnaire médical.

Fonctionnaire ou agent qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement :

- Le fonctionnaire ou l'agent peut adhérer au contrat sans condition sous réserve que son inscription intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou du règlement. Il est précisé que le temps partiel thérapeutique n'est pas assimilé à une période d'arrêt de travail.

Il est précisé que l'assureur ne peut s'opposer à l'entrée d'agent antérieurement non assuré ou écarté dans le contrat précédent.

- Le fonctionnaire ou l'agent embauché postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, ou de retour de congé parental ou de disponibilité de droit ou sur autorisation, peut y adhérer sans condition sous réserve que son inscription intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche ou de reprise.
- Pour tenir compte des délais de résiliation des contrats existants à la date d'effet du contrat, il sera admis, comme équivalent à une adhésion dans les six mois, un engagement d'adhésion donné par le fonctionnaire ou l'agent dans le délai de six mois. L'adhésion et la prise d'effet des garanties intervenant à l'échéance du contrat existant.

- Passé ce délai de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, la date d'embauche ou de retour, l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 30 jours sans arrêt de travail. Il est précisé que le temps partiel thérapeutique n'est pas assimilé à une période d'arrêt de travail.

Fonctionnaire ou agent en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement :

Le fonctionnaire ou l'agent peut adhérer immédiatement au contrat ou au règlement, dans le délai de 6 mois, la garantie s'exerçant pour les risques dont l'origine est postérieure à la prise d'effet de la garantie.

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 aucune formalité. L'adhésion prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'adhésion par l'agent.

Au-delà de ce délai :

- la nouvelle garantie ne sera acquise qu'après demande formalisée par un bulletin d'adhésion signé et à l'issue d'une période de 30 jours sans arrêt de travail (le temps partiel thérapeutique n'étant pas assimilé à une période d'arrêt de travail).
- la garantie sera supprimée après demande formalisée par un bulletin d'adhésion signé.

L'ajout/la suppression de la garantie prendra effet au 1er jour du mois suivant.

Article 8 - Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse dans les cas suivants :

- en cas de renonciation : elle s'exerce selon les modalités fixées à l'Article 21 de la présente,
- à la date à laquelle la personne assurée ne remplit plus les conditions visées à l'article 4,
- en cas de non-paiement des primes, dans les conditions prévues à l'article 16 de la présente,
- en cas de cessation d'activité pour les personnes assurées placées en disponibilité à leur demande pour convenances personnelles ou en congé parental pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente; 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 personnes assurées admises à faire valoir leurs droits à la retraite,
- à l'âge minimum légal de départ à la retraite pour les garanties Invalidité Permanente et PTIA,
- à l'âge minimum légal auquel la personne assurée peut liquider une retraite à taux plein auprès d'un régime vieillesse de base ou équivalent pour la garantie Décès,
- à la liquidation de la pension de retraite, et au plus tard à 67 ans, pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- à la fin du mois qui suit le décès de la personne assurée,
- à la date d'effet de la radiation de la personne assurée des effectifs de la collectivité,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion par la personne assurée (notamment, la personne assurée a ainsi le droit de dénoncer son adhésion à l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à l'assureur ou à son gestionnaire au moins deux mois avant la date d'échéance anniversaire de son adhésion).

Situation des agents quittant la collectivité :

En cas de départ de la collectivité, l'assuré peut présenter une demande d'affiliation individuelle auprès de l'assureur (sans période probatoire, ni examen ou questionnaire médical), sous réserve qu'il en fasse la demande dans un délai de 6 mois après son départ.

Ces conditions s'appliqueront pour tout agent quittant la collectivité pour une autre collectivité n'ayant pas mis en place de dispositif de prévoyance complémentaire. Les garanties et tarifs applicables à la convention seront ainsi maintenus à titre individuel et ce jusqu'au terme de celle-ci.

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 9 - Date de prise d'effet et durée des garanties

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

Article 10 - Base des garanties

Les prestations sont calculées à partir d'une base, dénommée base de garantie, définie à l'article 6.

Article 11 - Plafond des garanties

Les prestations servies par l'assureur sont plafonnées comme suit :

Plafond de garantie :

pour les garanties :

- **Incapacité Temporaire Totale de Travail,**
- **Invalidité Permanente,**

Le montant des prestations servies par l'assureur est le cas échéant plafonné selon l'option retenue à : 45% de la totalité du traitement indiciaire / de la rémunération net(te) d'activité évalué(e) à la date prévue pour chaque garantie augmenté(e) de la N.B.I. et du régime indemnitaire / des indemnités et primes, net(te)s d'activité évalué(e)s à la date prévue pour cette garantie.

- **Décès**

Le montant du capital garanti est de 100 % du Traitement annuel Brut (Traitement indiciaire + N.B.I + Régime indemnitaire).

Article 12 - Mise en œuvre des garanties

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative 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.

Il 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 peuvent transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, avec la mention « Confidentiel – secret Médical » - à l'attention du Médecin-Conseil du prestataire :

RELYENS SPS - 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 ou 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 13 - Risques exclus

Les seules exclusions applicables aux garanties sont les conséquences :

- de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante ;
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- du fait intentionnellement causé par l'assuré pour les garanties autres que les garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie ;

- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes pour autant que la valeur corrigée dépasse 37 giga Becquerel soit 37 G Bq (anciennement 1 curie).

Article 14 - 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.

Article 15 - Contrôle Médical - Conciliation - Tierce Expertise

Article 15.1 - Contrôle Médical

L'assureur s'engage à respecter les décisions de l'autorité territoriale.

En cas de décision de suspension des indemnités journalières de la Sécurité sociale non concordante avec la décision de l'instance, l'assureur suivra prioritairement la décision de l'autorité territoriale.

L'assureur peut procéder à des contrôles médicaux mais uniquement pour le risque incapacité. Ce contrôle s'effectue par des médecins agréés, les prestations ne sont pas suspendues pendant ces opérations de contrôle.

Article 15.2 - 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 15.3 - 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.

III - DISPOSITIONS GÉNÉRALES AFFÉRENTES AUX PRIMES

Article 16 - Paiement et défaut de paiement de la prime

Article 16.1 - Paiement de la prime

Les garanties sont accordées moyennant le paiement de primes payables mensuellement à terme échu par le souscripteur à l'assureur. Sauf exception, ces primes font l'objet d'un prélèvement par le souscripteur directement auprès de l'agent.

Dans le cadre de la convention de participation conclue avec le Centre de gestion du Haut-Rhin, les taux du présent contrat sont garantis jusqu'au 31/12/2021.

En cas de modification, les nouveaux taux sont communiqués au centre de gestion au plus tard 6 mois avant la fin de chaque exercice. A charge pour ce dernier de communiquer les nouveaux taux à la collectivité employeur qui informera les adhérents.

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, soit jusqu'au 31 décembre de cette année.

L'assiette des primes est déterminée comme suit :

- 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 6 de la présente.
- 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 6 de la présente 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.

Article 16.2 - Défaut de paiement de la prime

La cotisation due pour chaque adhérent est reversée par la collectivité employeur.

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 de l'adhérent défaillant 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

CNP Assurances renonce toutefois à suspendre les garanties ou à résilier le contrat si le retard de paiement des cotisations est dû à l'exécution des formalités administratives auxquelles l'assuré est astreint en matière de comptabilité publique

Article 16.3 - 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.

L'exonération de cotisation est partielle si l'adhérent reçoit une rémunération réduite, la cotisation restant due au prorata de la rémunération perçue.

IV - ÉLÉMENTS D'INFORMATIONS

Article 17 – Loi applicable – Langue utilisée

Le contrat, les relations précontractuelles entre l'assureur, le souscripteur et l'assuré sont régis par le droit français.

L'assuré et le souscripteur utiliseront la langue française pendant toute la durée du contrat.

Article 18 - Coût inhérent au mode de commercialisation

Les frais afférents à la vente à distance – coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de port liés à l'envoi des documents contractuels par l'assuré – sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Article 19 – Territorialité des garanties

Les garanties ne sont acquises qu'aux assurés exerçant leur activité professionnelle en France métropolitaine et DROM.

Article 20 - 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.

Ce dernier est également tenu d'informer les assurés par écrit de toute modification éventuelle de leurs droits et obligations trois (3) mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Il incombe au souscripteur de conserver la preuve de l'information aux assurés.

Article 21 - Faculté de renonciation

Article 21.1 - 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'adhésion.

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 21.2 - 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 21.3 - 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 22 - 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. L'assureur en accusera réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables (sauf s'il a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui seraient alors exposées à l'adhérent.

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 23 - 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 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux.

[Article 24 - Prescription](#)

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1°) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré, ce délai est porté à dix (10) ans à compter de sa connaissance du décès. 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 25 - 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) – 4 Place de Budapest – CS 92459 6 75436 Paris cedex 09.

[Article 26 - 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.

Le souscripteur atteste de l'origine des fonds destinés au paiement des primes et des cotisations du contrat d'assurance.

TITRE II - DISPOSITIONS PROPRES À CHAQUE GARANTIE

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Article 27 - 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.

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur du plafond du traitement mensuel net retenu auquel s'ajoute la NBI et le régime indemnitaire que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois.

Pour les agents recrutés à temps complet et non complet :

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

95 % par 1/360^{ème} **de la totalité ou de la fraction** du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) de la N.B.I. et des indemnités accessoires, nets annuels de l'assuré 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, sous déduction des sommes perçues par l'assuré auprès de son employeur ou de la Sécurité sociale.

Attention : pour la LMLD : dans un plafond de 95% du régime indemnitaire net (sous déduction du régime indemnitaire éventuellement maintenu par la collectivité lors de la période de maladie ordinaire).

Pour les agents travaillant à temps partiel :

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

95 % par 1/360^{ème} **de la totalité ou de la fraction** du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) de la N.B.I. et des indemnités accessoires, nets annuels de l'assuré 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, sous déduction des sommes perçues par l'assuré auprès de son employeur ou de la Sécurité sociale.

Attention : pour la LMLD : dans un plafond de 95% du régime indemnitaire net (sous déduction du régime indemnitaire éventuellement maintenu par la collectivité lors de la période de maladie ordinaire).

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.

L'assureur prendra en charge l'éventuelle diminution du régime indemnitaire consécutive au temps partiel pour raison thérapeutique

Les prestations Incapacité, en cours de service, sont revalorisées en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale mais également selon les éventuels avancements de l'agent.

Article 28 - 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, d'un accident de la vie privée, ou pour les agents IRCANTEC, d'un accident de travail ou de maladie professionnelle, 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 à l'article 14 de la présente notice d'information.

Article 29 - 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 au Bulletin d'Adhésion Individuelle : 95% de la totalité ou de la fraction du (de la) traitement indiciaire / rémunération selon le régime de travail de l'assuré, augmenté(e) de la N.B.I. et des indemnités accessoires nets annuels, pris en compte par l'assureur au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies à la présente.

Le cas échéant, le calcul pourra être fait à l'année si une partie du régime indemnitaire perdu n'est calculable que sur une période annuelle.

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

Article 30 - 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^{er} 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^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour,
 - en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année,
 - en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} 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^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour,
 - en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} 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 du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, articles 17 et 37, 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,
 - en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle, à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès.
- 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 inférieure à 4 mois : au plus tôt à partir du 4^{ème} jour et jusqu'au 360^{ème} jour d'indemnisation inclus, s'ils bénéficient de prestations de la Sécurité sociale,
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^{ème} 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^{ème} 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^{ème} 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^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} 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 appréciés par le régime général de la Sécurité sociale,

- en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle, à partir du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu pour les agents ayant une ancienneté inférieure à 1 an, à compter du 61^{ème} jour pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 1 et 3 ans, à compter du 91^{ème} jour pour les agents ayant plus de 3 ans d'ancienneté, et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès.
- 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^{ème} jour d'arrêt de travail continu, et dans la limite de 360 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^{ème} jour d'arrêt de travail continu, et dans la limite de 3 ans d'indemnisation par la Sécurité sociale de date à date
 - en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle :
 - à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail et jusqu'à la guérison complète ou la consolidation de la blessure ou le décès.

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 l'Employeur, à effet rétroactif et pour la période indemnisée au titre des garanties accordées par l'assureur (c'est-à-dire lorsque l'assuré est mis en congé de longue maladie ou de congé de maladie de longue durée ou de congé de grave maladie, ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle reconnue), l'assuré rembourse obligatoirement les indemnités journalières versées par l'assureur.

Article 31 - Cessation du versement de la prestation

L'indemnisation cesse :

- dès la reprise d'activité, à l'exception de la reprise en 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 fin du mois qui suit le décès ou la PTIA de l'assuré,
- à l'expiration du délai de 1095 jours, y compris en cas de disponibilité d'office visé à l'article 30 de la présente. Cette limitation à 1095 jours d'indemnisation ne concerne que les prestations d'indemnités journalières et non de régime indemnitaire. En effet, la durée d'indemnisation au titre du régime indemnitaire peut être allongée de la période de plein traitement pour les congés de longue maladie et maladie de longue durée (sous déduction de la période de maladie ordinaire où la collectivité maintiendrait éventuellement le régime indemnitaire)
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical de l'assuré sous réserve de la tierce expertise,
- en cas de démission ou de radiation des effectifs du souscripteur,
- à la liquidation de la pension de retraite, et au plus tard à 67 ans.

Article 32 - 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 33 - 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 (passage à demi traitement) et au plus tard dans un délai de 3 mois.

Les pièces justificatives permettant la prise en charge du dossier sont :

- 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, étant précisé que le délai stipulé ci-avant ne commence à courir qu'à compter de la date de réception de ces avis par le souscripteur.
- 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 :
 - o les 3 derniers bulletins de paie,
 - o ainsi que ceux mentionnant les indemnités accessoires si celles-ci ne sont pas mensuelles.

GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE

Article 34 - 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 :

- 95 % du traitement indiciaire / de la rémunération augmenté(e) de la N.B.I. et des indemnités accessoire, évalué au jour de la constatation de l'Invalidité Permanente.

Article 35 - 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^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou justifier d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 36 - 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 au Bulletin d'Adhésion Individuelle :

- 95% de la totalité ou de la fraction du (de la) traitement indiciaire / rémunération augmenté(e) de la N.B.I. et des indemnités accessoires, nets, défini à l'article 6 de la présente, pris en compte par l'assureur au titre de la présente garantie et revalorisé dans les conditions définies aux présentes.

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

Article 37 - Service de la prestation

La rente est servie mensuellement, et à terme échu :

- au jour de l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité, ou à la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2e ou 3e catégorie, ou la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Il est précisé que, en cas de reprise partielle de l'assuré, la prestation d'invalidité versée par l'assureur sera réduite du montant perçu au titre de cette activité partielle

Article 38 - Cessation du versement de la prestation

Le versement de la rente cesse :

- à l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein 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,
- à la fin du mois qui suit le décès.

Il est précisé qu'en cas de reprise, même partielle, de l'assuré, la prestation d'invalidité versée par l'assureur sera maintenue mais sera réduite du montant perçu au titre de cette activité partielle.

Article 39 - 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 40 - 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.

Les pièces justificatives devant accompagner le dossier sont :

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^{ère} 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 :
 - o un extrait de liquidation de la rente pour invalidité CNRACL,
 - o les bulletins de paiements émanant de la CNRACL.
 - o le document émanant de la CNRACL mentionnant l'invalidité.
- pour les agents relevant de la Sécurité sociale :
 - o les notifications de la Sécurité sociale classant l'assuré en incapacité permanente ou invalidité permanente,
 - o 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

Article 41 - 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 43 de la présente.

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 6 de la présente (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 à taux plein.

Article 42 - 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 du traitement indiciaire / de la rémunération brut(e) annuel(le), défini à l'article 2, par le pourcentage du plafond d'indemnisation choisi et précisé au bulletin d'adhésion individuelle : 95 %

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 la limite du produit de 100 % du traitement indiciaire brut annuel défini à l'article 6 par le pourcentage du plafond d'indemnisation précisé au bulletin d'adhésion.

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

Le montant de la prestation est calculé en intégrant l'évolution de l'échelon lié à l'ancienneté du grade atteint lors de sa radiation des cadres pour invalidité.

Article 43 - 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 44 - Cessation du versement de la prestation

La prestation cesse :

- à la fin du mois qui suit le décès.

Article 45 - 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 46 - 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

Article 47 - 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 brut annuel évalué sur la base des douze bulletins de rémunération, éventuellement recomposés.

Article 48- 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).

Article 49 - 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 (Annexe 2 et Annexe 3 de la présente notice d'information). 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 50 - Prestations

En cas de décès :

Le montant du capital garanti est précisé dans le Bulletin d'Adhésion Individuelle.

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 dans le Bulletin d'Adhésion Individuelle.

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

Le capital garanti 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 51 - 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^{er} novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

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

Article 52- 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:

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 nommé 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 3^{ème} 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.

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

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

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

Conformément à la loi « 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 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux. 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 »)

¹ 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 originairement 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. »

² 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. »

³ 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.

ANNEXE 2 – RECOMMANDATIONS POUR COMPLÉTER LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

1. Clause contractuelle en l'absence de bénéficiaire(s) expressément désigné(s)

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause contractuelle 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 au jour du décès de l'Assuré, le bénéficiaire n'est pas déterminé ou déterminable, la clause contractuelle ci-dessus s'applique.

2.Application de la clause contractuelle en l'absence de bénéficiaire(s) expressément désigné(s) :

Les bénéficiaires principaux sont les suivants :

« 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, »

Les autres bénéficiaires ne pourront obtenir le capital en cas de décès de l'Assuré qu'en l'absence de conjoint (décédé avant l'Assuré, séparé ou divorcé) ou de partenaire (décédé avant l'Assuré ou ayant rompu le Pacte Civil de Solidarité).

Si l'Assuré souhaite désigner « son conjoint » ou « son partenaire lié par un pacte civil de solidarité », il n'est pas nécessaire de remplir une désignation expresse, la clause contractuelle est suffisante.

Attention : le concubin n'est pas considéré comme le conjoint ou le partenaire. Il doit donc être désigné nominativement pour être bénéficiaire du capital décès.

A défaut les autres bénéficiaires sont les suivants :

« 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, »

Sont considérés comme ayant la qualité d'enfants nés ou à naître, tous les enfants de l'Assuré, dès lors qu'un lien de filiation peut être établi entre l'Assuré et l'enfant (au sens du Code civil, y compris les enfants adoptés), vivants ou conçus antérieurement à la date du décès. Si l'un d'entre eux est décédé et qu'il a eu un ou plusieurs enfants, la part lui revenant est distribuée à ses descendants. Dans le cas contraire, s'il est décédé sans enfant, sa part est partagée entre les autres enfants pour lesquels un lien de filiation a pu être établi avec l'Assuré.

A défaut les autres bénéficiaires sont les suivants :

« 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, »

En l'absence de descendant de l'Assuré, les bénéficiaires sont les personnes qui possèdent la qualité d'ascendants au moment du décès (au sens du Code civil).

A défaut les autres bénéficiaires sont les suivants :

« à défaut aux autres héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux. »

En l'absence d'ascendant, le bénéficiaire est la personne qui possède la qualité d'héritier au moment du décès. Cette qualité lui est dévolue par le lien de parenté avec l'Assuré, selon les dispositions relatives à la dévolution successorale telles que prévues par le Code civil, ou parce que ce dernier a testé en sa faveur.

3.Désignation expresse de bénéficiaire(s) :

Si l'Assuré souhaite que l'ordre de désignation des bénéficiaires du capital garanti en cas de décès ou que les bénéficiaires eux-mêmes soient différents des dispositions contractuelles énoncées ci-dessus, le formulaire joint est à compléter.

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 l'accord écrit du bénéficiaire acceptant, 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.

Dans tous les cas, il est préférable de désigner plusieurs personnes car en l'absence de bénéficiaires(s) désigné(s) à la date du décès, le capital garanti fait partie de la succession et peut être soumis aux droits de mutation.

En cas de désignation nominative, nous attirons votre attention sur les points suivants :

En cas de pluralité de bénéficiaires :

-si l'un d'eux est prioritaire par rapport aux autres, il est indispensable de faire suivre sa désignation de la mention « ou à défaut telle autre personne » et ainsi de suite pour l'ensemble des bénéficiaires ;

-si toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires, pour une part différente, il faut indiquer la part respective de chacune en pourcentage du capital total (exemple : Mme X= 60%, M. Y = 40%). **Il convient de vérifier que le total soit bien égal à 100%.** Si l'un des bénéficiaires décède avant acceptation, sa part sera attribuée aux héritiers de l'Assuré à défaut d'avoir désigné un bénéficiaire de second rang ;

-si aucun d'entre eux n'est prioritaire, il convient de faire suivre l'énumération des bénéficiaires de la mention « par parts égales et, en cas de décès de l'un d'eux, la totalité aux survivants par parts égales ». Ceci permet, en cas de décès de l'un des bénéficiaires avant l'Assuré, de reporter sa part aux autres bénéficiaires.

Pour les bénéficiaires autres que le conjoint, le partenaire, les enfants ou les ascendants, il est indispensable de préciser les nom, prénoms, date et lieu de naissance et adresse respectives.

Si l'Assuré souhaite désigner « ses enfants », il est préférable de ne pas mentionner leur nom mais d'indiquer « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, vivants ou représentés ». Dans le cas contraire, cela exclurait les enfants à naître.

Attention : Dans tous les cas, les majorations de capital résultant de la situation de famille de l'Assuré (par exemple les enfants à charge au moment du décès/sinistre) sont versées aux personnes en considération desquelles elles ont été prévues (dans notre exemple, les enfants à charge).

Sous réserve des obligations en matière de « bénéficiaire acceptant », nous attirons votre attention sur le fait qu'en cas de changement de situation de famille il est essentiel de vérifier si la désignation en vigueur devrait être modifiée.

Si les bénéficiaires changent d'adresse, il convient d'actualiser sa clause afin de faciliter leur identification.



**Assurons
un monde
plus ouvert**

DEPARTEMENT COLLECTIVITES LOCALES, ENTREPRISES ET COURTAGE
SERVICE DEVELOPPEMENT COLLECTIVITES LOCALES

Document à retourner à :
adhesions.prevoyance@relyens.eu
ou
RELYENS SPS - SANTE PREVOYANCE
Service Contrats Adhésions
CS 80006
18020 BOURGES CEDEX

DESIGNATION DE BENEFICIAIRE au contrat n°

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE EMPLOYEUR

Raison sociale de la collectivité :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Nom : Nom de naissance : Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Numéro de Sécurité sociale :

Pays de naissance : Ville et département de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date d'entrée dans la collectivité :/...../..... Nombre d'enfant(s) à charge :

Situation de famille : ☐ marié(e) ☐ célibataire ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ pacsé(e) ☐ vie maritale

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES DÉCÈS

Cochez la case correspondant à votre choix.

Le capital dû en cas de décès toutes causes (selon conditions générales) est attribué :

- ☐ soit conformément à la désignation type prévue aux conditions générales et reprise dans la notice d'information,
- ☐ soit à des bénéficiaires particuliers que vous aurez choisis si la désignation type ne vous convient pas. Dans ce cas, précisez ci-dessous le(s) bénéficiaire(s) choisis en indiquant nom, prénom(s), adresse, date et lieu de naissance, en vous aidant des recommandations figurant au verso.

Précisez le pourcentage attribué à chacun des bénéficiaires, ou bien l'expression "**à défaut**" après le nom de chaque bénéficiaire désigné. Cela permet ainsi le versement de la totalité du capital par ordre de priorité : si le bénéficiaire désigné décède avant le membre participant, le capital sera alors versé au bénéficiaire de rang suivant, dans l'ordre ainsi établi.

Nom et Prénoms	Date de naissance	Ville / Pays de naissance	Adresse	Ordre de priorité	Répartition capital (en %)

Vous avez la faculté de modifier votre désignation des bénéficiaires à tout moment, sur un formulaire fourni par CNP Assurances ou sur demande écrite datée et signée de votre main, notamment lorsque la désignation n'est plus appropriée en raison d'un changement intervenu dans votre situation patrimoniale ou familiale.

Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. (voir au verso).

La désignation devient **irrévocable** en cas d'acceptation par le bénéficiaire. Cette acceptation est constatée, soit par avenant, soit par acte authentique, soit par acte sous seing privé, signé par le bénéficiaire et le membre participant.

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat.

Fait à....., le...../...../.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »