

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Prévoyance Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente des personnels du Ministère de la Culture

Cette notice d'information est destinée aux adhérents du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° 3039 D (le "Contrat"), souscrit par le Ministère de la Culture, agissant pour lui-même et pour les établissements publics qui lui sont rattachés, ci-après dénommé "le Souscripteur", auprès de CNP Assurances ci-après dénommée "l'Assureur".

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

I. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT

1. Objet du contrat

Le Contrat n°3039 D, constitué de ses Conditions Générales et Particulières, de ses Avenants le cas échéant et de la Convention de preuve, a pour objet de proposer une couverture prévoyance comprenant des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente au bénéfice de la population assurable définie à l'article 8 de la présente Notice.

Le descriptif des garanties est précisé en Annexe 1 de la présente Notice.

Ce contrat est mis en place notamment conformément aux dispositions du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, ainsi qu'à la convention de référencement conclue entre le Souscripteur et l'Assureur.

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.

Ce Contrat 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.

2. Intervenants au Contrat

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

Le souscripteur du Contrat est le Ministère de la Culture agissant pour lui-même et pour les établissements publics qui lui sont rattachés, situé au 182 rue Saint Honoré 75001 Paris dénommé le « Souscripteur ».

La gestion du Contrat est confiée à OWLIANCE, dont le siège social est 109 rue du Faubourg Saint-Honoré 75008 Paris - Société par Actions Simplifiée au capital de 846 976 € - N° ORIAS : 07 030 276 - www.orias.fr - 341 592 582 RCS Paris, ci-après dénommée le « Gestionnaire ».

3. Définitions

Dans le cadre du Contrat, on doit entendre par :

Assuré : l'agent du Souscripteur appartenant à la population assurable telle que visée à l'article 8 de la présente Notice.

Concubin : personne de même sexe ou de sexe différent 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.

Convention de référencement : accord établi entre le Souscripteur et l'Assureur pour la mise en œuvre d'un régime de protection sociale complémentaire de prévoyance et frais de santé et son financement qui permet à l'assureur de bénéficier de la participation financière du Souscripteur en application du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels .

Délai de franchise : période suivant le sinistre, pendant laquelle aucune prestation n'est versée. Ce délai est décompté à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Partenaire de Pacs : personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte civil de solidarité (Pacs). Il s'agit d'un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Rechute : la rechute est définie comme tout nouvel arrêt de travail ayant pour origine une maladie ou un accident déjà indemnisé au titre de l'Incapacité Temporaire Totale et qui se produit dans un délai maximum de 60 jours à compter de la date de la reprise d'activité. En cas de rechute pendant cette période, l'indemnisation reprend sans application du délai de franchise.

Souscripteur : l'Administration qui souscrit le Contrat au bénéfice des personnels visés à la Convention de référencement.

Traitement de référence : le traitement de référence correspond à la rémunération brute fiscale.

4. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

- Le Contrat n° 3039 D est assuré par CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris - dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15.

- Le Contrat n° 3039 D est souscrit par le Ministère de la Culture agissant pour lui-même et pour les établissements publics qui lui sont rattachés, situé au 182 rue Saint Honoré 75001 Paris.

- Le Contrat n° 3039 D est géré par OWLIANCE, dont le siège social est 109 rue du Faubourg Saint-Honoré 75008 Paris - Société par Actions Simplifiée au capital de 846 976 € - N° ORIAS : 07 030 276 - www.orias.fr – 341 592 582 RCS Paris.

- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75009 Paris.
- Le montant de cotisation est indiqué sur le Certificat d'adhésion.
- L'adhésion se termine le 31 décembre suivant sa date de conclusion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction conformément à l'article 11, sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnées à l'article 12.
- Les garanties sont mentionnées aux articles 32, 38 et 45.
- Les exclusions du Contrat n° 3039 D sont précisées aux articles 34, 40 et 47.
- L'offre contractuelle contenue dans la simulation est valable 30 jours et au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de son émission.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 10 et 25.
- L'adhésion au Contrat n° 3039 D s'effectue selon les modalités décrites aux articles 9.1 et 9.2.
- Les modalités de versement des cotisations sont indiquées à l'article 14. Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Assuré ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- Les frais afférents à la vente à distance – coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de port liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré – sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 17.
- Les relations contractuelles et précontractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Souscripteur utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 18.
- Il existe un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).
- L'Assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

5. Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du Contrat

Le Contrat prend effet le 1^{er} janvier et cesse le 31 décembre 2024.

A l'expiration de cette période, le Contrat peut être prorogé une seule fois pour des motifs d'intérêt général, pour une durée **ne pouvant pas excéder un (1) an, soit jusqu'au 31 décembre 2025.**

Toutefois, le Contrat est résiliable annuellement à l'échéance, soit le 31 décembre, quel que soit le motif, moyennant un préavis de :

- 4 mois pour l'Assureur ;
- 2 mois pour le Souscripteur.

En tout état de cause, cette résiliation devra être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

En outre, la résiliation de la convention de référencement ou la perte par l'Assureur de la qualité d'organisme de référence entraîne de plein droit la caducité du Contrat.

6. Modification et révision du contrat

Le Contrat peut être modifié par l'Assureur en accord avec le Souscripteur, par voie d'avenant au Contrat d'assurance de groupe.

En cas de modification des droits et obligations des Assurés, l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, est tenu d'en informer par écrit les Adhérents au moins trois mois avant leur date de prise d'effet.

Il incombe à l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, de conserver la preuve de l'information des Adhérents.

7. 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 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.

II. DISPOSITIONS AFFÉRENTES À L'ADHÉSION

8. Population assurable

Peuvent adhérer au Contrat :

- Les agents titulaires (fonctionnaires) et non titulaires de droit public (contractuels);
- Les stagiaires (pré-titularisation);
 - du Ministère de la Culture
 - de l'ensemble des établissements publics autres que ceux à caractère industriel et commercial qui lui sont rattachés.

Les agents détachés ou mis à disposition, auprès d'autres Ministères, établissements publics ou collectivités et les agents en disponibilité, en congé parental et en congé sans traitement peuvent également adhérer au Contrat.

9. Adhésion

9.1 - Formalités d'Adhésion

Les formalités d'adhésion sont obligatoires.

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le candidat à l'assurance. Ce bulletin définit notamment la formule de garantie choisie.

Devront être joints au bulletin d'adhésion les éléments suivants :

- une photocopie recto verso, datée et signée, d'une pièce d'identité en cours de validité
- une copie du dernier bulletin de paie
- une copie de l'arrêté d'affectation pour les fonctionnaires ou une copie de la décision d'affectation ou du contrat de travail pour les contractuels de droit public
- un RIB.

Les éléments et les formalités d'adhésion peuvent être recueillis :

- par téléphone : 01 84 25 04 24 (appel non surtaxé)
- par internet : sur le site <https://anticipa.cnp.fr>
- par e-mail : contact@anticipa.cnp.fr

et transmis :

- par Internet : sur le site <https://anticipa.cnp.fr>
- e-mail : serviceclient@anticipa.cnp.fr (uniquement pour les pièces justificatives)
- par voie postale : CNP Assurances – Anticipa, 28 bis rue de Courcelles, 51100 Reims

9.2 - Formalités d'Adhésion par voie électronique

Modalités d'adhésion

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par le candidat à l'assurance, en réponse à un questionnaire visant à recueillir les éléments permettant l'identification du Candidat à l'assurance et l'évaluation des risques à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse au questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition d'assurance.

À chaque étape qui précède la signature en ligne de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion à l'assurance est validée par l'Adhérent au moyen de la signature électronique. La signature électronique est un élément indispensable pour la validité de l'adhésion. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « confirmer ».

Dès la validation de l'adhésion, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'Assureur et comporte le numéro de l'adhésion de l'Assuré est émis. Un e-mail de confirmation est adressé à l'Assuré par le Souscripteur. L'Assuré peut consulter son certificat d'adhésion dans son espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies à l'Adhérent (proposition, Notice d'information, certificat d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seule valeur probante.

Consultation et archivage des documents

Chaque document contractuel mis à la disposition de l'Assuré lors de son adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de son ordinateur. Par ailleurs, les documents contractuels sont archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans l'espace personnel de l'Assuré, pendant un délai conforme aux exigences légales.

Convention de preuve

Les données fournies par l'utilisateur du site Internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve en cas de litige entre les Parties et l'Assuré.

Les Parties et l'Assuré acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il appartient à l'Assuré d'assurer la sécurité de son ordinateur. Lorsque l'Assuré accède à Internet, il doit vérifier soigneusement l'adresse affichée par son navigateur Internet, vérifier sa dernière connexion, se déconnecter après chaque utilisation, ne jamais cliquer sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprimer ses e-mails douteux sans les ouvrir.

10. Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue sous réserve du paiement de la cotisation :

- Soit à la date qui correspond au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion et des pièces justificatives obligatoires par le Gestionnaire, cachet de la poste faisant foi si la demande est faite entre le 1^{er} et le 14 du mois,
- Soit à la date qui correspond au 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion et des pièces justificatives obligatoires par le Gestionnaire, cachet de la poste faisant foi si la demande est faite entre le 15 et le dernier jour du mois,
- Soit en cas d'adhésion par voie électronique, soit au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du mail de confirmation validant l'adhésion si ce mail est reçu entre le 1^{er} et le 14 du mois, soit à la date qui correspond au 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la réception du mail de confirmation si la demande est faite entre le 15 et le dernier jour du mois.

11. Durée de l'adhésion

La durée de l'adhésion court de la date de conclusion jusqu'au 31 décembre suivant.

L'adhésion est annuelle et se renouvelle ensuite chaque 1^{er} janvier sauf dénonciation par l'Assuré, formulée par lettre recommandée adressée à l'Assureur deux mois avant cette date, soit le 31 octobre.

12. Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse :

- à la date à laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties au titre de la Convention de référencement ;
- à la date d'effet de la résiliation ou de non renouvellement du Contrat dans le respect des dispositions relatives au maintien des garanties de l'article 29 de la présente Notice ;
- en cas de perte par l'Assureur de la qualité d'organisme de référence ;
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion par l'Assuré, notifiée à l'Assureur par lettre recommandée avant le 1^{er} novembre ;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 15 de la présente Notice ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation, telle que prévue à l'article 17 de la présente Notice ;
- au décès ou à la PTIA de l'Assuré.

III. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS

13. Taux et assiette des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle dont le montant et les caractéristiques sont précisées en Annexe 2 de la présente Notice.

L'assiette de cotisation correspond à la rémunération brute fiscale de l'agent. Les taux de cotisation sont précisés en Annexe 2 de la présente Notice.

14. Paiement des cotisations

La cotisation est payable mensuellement d'avance dans les dix (10) jours précédant chaque échéance. Le paiement de la cotisation est effectué par le débit d'un compte ouvert au nom de l'Assuré.

Dans le cadre de la commercialisation à distance, le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Assuré ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

15. Défaut de paiement des cotisations

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, l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, adressera à l'Assuré 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. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX DROITS ET INFORMATIONS DU SOUSCRIPTEUR ET DES ASSURÉS

16. Notice d'Information

L'Assureur, sur délégation du Souscripteur, remet aux Assurés une notice d'information qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Il incombe à l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, de conserver la preuve de la remise de la notice à l'Assuré.

L'Assureur, sur délégation du Souscripteur, est tenu d'informer les Assurés par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu trois mois avant la date prévue de son entrée en vigueur.

17. Faculté de renonciation

Article 17.1 - Délai de renonciation

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage ou vente à distance ou vente en face à face), 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 17.2 - Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré 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 au contrat n°3039 D (numéro de contrat) que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion). Le (Date et signature) »

Article 17.3 - Effets de la renonciation

L'Assureur procède alors au remboursement sur le compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré 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 résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. L'Assuré 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.

18. Renseignements - Réclamations - Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du Contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur.

Pour toute réclamation, le Souscripteur, l'Assuré ou le(s) bénéficiaire(s) peut(ven)t s'adresser à l'Assureur.

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

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

19. 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.

20. 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, 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 de l'Assuré et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding 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.

21. Autorité chargée du contrôle

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.

22. 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.

V. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

23. Base des garanties

Les prestations sont calculées sur la base de la rémunération brute fiscale que l'agent aurait perçue s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

24. 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 d'un accident contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

25. Prise d'effet des garanties

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

26. Modification du montant des garanties

En cours d'adhésion, l'Assuré a la possibilité de modifier ses niveaux de garantie, à la baisse (choix d'un niveau inférieur) ou à la hausse (choix d'un niveau supérieur), dans la limite des niveaux de garanties prévus au Contrat. L'Assuré effectue sa demande au plus tard 2 mois avant le renouvellement de son adhésion.

La prise d'effet des nouvelles garanties souhaitées est la suivante :

• **Si l'Assuré opte pour un niveau inférieur de garanties**, la prise d'effet de ces nouvelles garanties intervient :

- au 1^{er} jour du mois suivant la demande si celle-ci est faite entre le 1^{er} et le 14 du mois,
- au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la demande si celle-ci est faite entre le 15 et le dernier jour du mois,

sous réserve du paiement de la cotisation afférente.

• **Si l'Assuré opte pour un niveau supérieur de garanties**, la prise d'effet de ces nouvelles garanties intervient :

- au 1^{er} jour du mois suivant la demande si celle-ci est faite entre le 1^{er} et le 14 du mois,
- au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la demande si celle-ci est faite entre le 15 et le dernier jour du mois,

sous réserve du paiement de la cotisation afférente.

La modification à la hausse de garantie n'est possible que dans le cas où l'Assuré justifie d'au moins une année d'adhésion au Contrat.

27. Cessation des garanties

Le droit à garantie cesse pour chaque Assuré :

- à la date à laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties au titre de la Convention de référencement ;
- à la date d'effet de la résiliation ou de non renouvellement du Contrat dans le respect des dispositions relatives au maintien des garanties de l'article 29 de la présente Notice ;
- en cas de perte par l'Assureur de la qualité d'organisme de référence ;
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion par l'Assuré, notifiée à l'Assureur par lettre recommandée avant le 1^{er} novembre,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 15 de la présente Notice ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation, telle que prévue à l'article 17 de la présente Notice ;
- au décès ou à la PTIA de l'Assuré.

28. Mise en œuvre des garanties, Contrôle médical, Conciliation et Tierce-Expertise

28.1 - 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.

L'Assureur tient à la disposition de l'Assuré ou des bénéficiaires qui le souhaiteraient une enveloppe lui permettant d'adresser sous pli confidentiel ses pièces médicales au Médecin-Conseil.

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

CNP Assurances
TSA 77163
4 place Raoul Dautry
75716 PARIS CEDEX 15

L'Assureur se réserve la faculté de faire examiner l'Assuré par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties et de la poursuite du service des prestations conformément à l'article 28.2 de la présente Notice.

Une fois établi le droit à prestations, les prestations sont alors versées par l'Assureur à l'Assuré ou aux bénéficiaires le cas échéant.

La production des justificatifs définis aux articles 37, 44 et 50 de la présente Notice est impérative pour obtenir le paiement des prestations.

28.2 - Contrôle Médical - Conciliation - Tierce Expertise

28.2.1 - Contrôle Médical

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé.

L'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente des conclusions d'un contrôle médical de l'Assureur, 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 28.2.2 de la présente Notice.

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

28.2.2 - 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 et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert

et

- 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.

28.2.3 - 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.

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

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

29. Maintien des garanties

29.1 - Maintien des garanties en cas d'incapacité de travail

En cas de congé pour raison de santé prévu par le statut de la fonction publique (CMO, CLM, CLD, CGM...), les garanties prévoyance sont

maintenues dans les conditions antérieures, sauf si l'agent demande expressément la résiliation de son adhésion.

29.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation du Contrat d'assurance de groupe

En cas de résiliation du Contrat, les garanties décès et PTIA sont maintenues pour les Assurés en arrêt de travail à cette date.

29.3 - Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à la date de reprise d'une activité rémunérée par l'Assuré, excepté dans le cadre d'une reprise en mi-temps thérapeutique.
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base de l'Assuré.
- à la date de décès ou de PTIA de l'Assuré.

30. Revalorisation des prestations

Le montant des prestations périodiques en cours de service est revalorisé chaque 1^{er} janvier par référence à l'évolution de l'indice des traitements de la Fonction Publique constatée d'un 1^{er} juillet à l'autre. La première revalorisation est déterminée selon l'évolution de ce point de retraite entre la date du décès ou d'arrêt de travail et le 1^{er} janvier suivant.

Toutefois, en cas de résiliation du Contrat, les prestations périodiques en cours de service sont maintenues au niveau atteint à cette date et se poursuivent jusqu'au terme prévu pour chaque garantie. Les revalorisations ultérieures ne sont plus versées à compter de la date de résiliation du Contrat.

31. Territorialité du contrat

Les garanties sont acquises aux Assurés exerçant leur activité dans le monde entier.

VI. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ET DE PTIA TOUTES CAUSES

32. Objet et montant

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

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

33. Définition

Est considéré en état de PTIA, l'Assuré réunissant les deux conditions suivantes :

- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer).

Et

Pour le personnel fonctionnaire

- être mis à la retraite pour invalidité,

Pour le personnel contractuel

- bénéficier d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie telle que définie par la Sécurité sociale.

L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 26.

Le capital garanti indiqué en Annexe 1 de la présente Notice est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la PTIA aura été apportée. 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.

34. 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.
- le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré ou par le(s) bénéficiaire(s).

35. Bénéficiaires

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, l'Assureur remet à l'Assuré un document relatif à la désignation de bénéficiaire(s) dans lequel celui-ci désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix.

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 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.

36. Prestations

En cas de décès :

Le montant du capital garanti est précisé en annexe 1 de la présente Notice.

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 en Annexe 1 de la présente Notice.

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

Le capital garanti fixé en Annexe 1 de la présente Notice 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.

37. Formalités en cas de sinistre

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 recto-verso en cours de validité.

Le règlement est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). S'il y a pluralité de bénéficiaires le règlement est effectué sur quittance conjointe des intéressés.

En cas de PTIA :

- les pièces pouvant justifier la PTIA,
- la notification de la décision de Sécurité sociale classant l'Assuré 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 et au plus tard dans un délai de 6 mois. A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. Le versement du capital s'effectuera dans les 30 jours suivant la réception du dossier complet par l'Assureur.

VII. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

38. Objet

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

L'indemnité journalière est calculée en 30^{ème} de mois, tous les mois étant réputés être de 30 jours, dans les conditions définies ci-dessous.

39. Définitions

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail l'Assuré, dont l'âge est inférieur à l'âge minimum légal auquel il peut liquider une pension de 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 son administration 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.

L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 28.

40. 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 valide,
- 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.

41. Bénéficiaire des prestations

Le bénéficiaire est l'Assuré.

42. Prestations

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'État :**

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 360^{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 congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^{ème} année jusqu'à la fin de la 8^{ème} année,
- en cas de mise en disponibilité d'office consécutif à l'épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire.

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

- en cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 360^{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.

- **pour les agents non-titulaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale :**

- en cas de maladie ordinaire :
 - 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.

Règle de cumul

Le montant de l'indemnité journalière versée par l'Assureur, augmenté des prestations en espèce de l'administration ou de toute autre indemnité, ne peut être supérieur à la perte de revenus subie par l'agent.

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

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

43. Cessation du versement de la prestation

L'indemnisation cesse :

- dès la reprise d'activité, même partielle de l'Assuré, y compris en cas de mi-temps thérapeutique,
- dès la fin de l'indemnisation par l'administration au titre du statut de la Fonction Publique 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,
- au jour qui suit le décès ou la PTIA de l'Assuré,
- en cas de résultat défavorable d'un contrôle médical de l'Assuré,
- en cas de démission ou de radiation de l'Assuré des effectifs de l'administration,
- en cas de mise en disponibilité d'office.

44. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des indemnités journalières garanties doivent être adressées par l'Assuré à l'Assureur, par l'intermédiaire du prestataire de l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de travail et au plus tard dans un délai de trois mois, accompagnées des pièces suivantes :

- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique ou les décomptes de la Sécurité sociale,
- une attestation émanant de l'administration 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 l'administration indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 360 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée,
- pour les non-titulaires, une attestation de l'administration précisant la date d'embauche de l'Assuré,
- un relevé d'identité bancaire de l'Assuré, sous réserve des exceptions prévues aux articles 427 et 498 du Code civil,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité,

L'Assureur peut indiquer à l'Assuré les pièces justificatives complémentaires à fournir et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1353 du Code civil.

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^{er} janvier doit être fournie :

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en Annexe 3).

Les pièces doivent être adressées par l'Assuré ou le Souscripteur dans les six mois suivant la date d'arrêt de travail. A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. Le versement des prestations débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces sont à adresser dans un délai maximum de trois mois ; à défaut la prestation est suspendue.

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

VIII. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE

45. Objet

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

46. 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 cumulatives suivantes :

- pour les Assurés relevant du statut de la Fonction Publique d'Etat, avoir été mis à la retraite pour une invalidité,

ou

- pour les Assurés relevant du Régime général de la Sécurité sociale, être atteint d'une invalidité classée en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou une incapacité dont le taux déterminé par la Sécurité sociale est supérieur ou égal à 33 %,

et

- quel que soit le statut ou le régime dont dépend l'Assuré, être reconnu par l'Assureur inapte à exercer une quelconque activité professionnelle.

L'Assureur se réserve le droit d'apprécier la réalisation du risque dans les conditions définies à l'article 28.

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 valide,

- 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.

48. Bénéficiaire des prestations

Le bénéficiaire est l'Assuré.

49. Prestations

La rente est servie mensuellement, et à terme échu :

- après épuisement des droits statutaires maladie,

et

- au jour de l'entrée en jouissance de la pension Invalidité Permanente.

Règle de cumul

Le montant de la rente versée par l'Assureur, augmenté des prestations en espèce de l'administration ou de toute autre indemnité, ne peut être supérieur à la perte de revenus subie par l'agent.

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

50. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des prestations garanties doivent être adressées par l'Assuré à l'Assureur, par l'intermédiaire du prestataire de l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance de l'Invalidité Permanente et au plus tard dans un délai de trois 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 du bénéficiaire, sous réserve des exceptions prévues aux articles 427 et 498 du Code civil 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 d'Etat :

- 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 obligatoirement le taux d'invalidité.

- pour les agents relevant de la Sécurité sociale :

- les notifications de la Sécurité sociale classant l'Assuré en incapacité permanente ou invalidité permanente, ainsi que les récépissés successifs de la rente servie par cet organisme,

- les décomptes de paiements de la Sécurité sociale.

L'Assureur peut indiquer à l'Assuré, les pièces justificatives complémentaires à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1353 du Code civil.

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^{er} janvier doit être fournie :

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en Annexe 3).

Les pièces doivent être adressées par l'Assuré ou le Souscripteur dans les six mois suivant la date d'arrêt de travail. A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. Le versement des prestations débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur. Le versement des prestations débutera alors au jour de réception du dossier complet par l'Assureur.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces sont à adresser dans un délai maximum de trois mois ; à défaut la prestation est suspendue.

ANNEXE 1 : DESCRIPTIF DES GARANTIES

GARANTIES DÉCÈS CAPITAL DÉCÈS ET PTIA TOUTES CAUSES

 Formule Essentielle	 Formule Confort	 Formule Confort +
90 % du Traitement de référence	95 % du Traitement de référence	100 % du Traitement de référence

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

 Formule Essentielle	 Formule Confort	 Formule Confort +
75 % du Traitement de référence	85 % du Traitement de référence	95 % du Traitement de référence

GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE

 Formule Essentielle	 Formule Confort	 Formule Confort +
50 % du Traitement de référence	75 % du Traitement de référence	75 % du Traitement de référence

ANNEXE 2 : TAUX ET MONTANTS DES COTISATIONS

(cotisations exprimées en % du traitement de référence)

Formule Essentielle

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année	8 ^{ème} année
Incapacité Temporaire Totale de travail	0,40%	0,40%	0,40%	0,40%	0,40%	0,40%	0,40%	0,40%
Incapacité Permanente	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%
Décès – PTIA	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%
Total	0,69%							

Formule confort

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année	8 ^{ème} année
Incapacité Temporaire Totale de travail	0,56%	0,56%	0,56%	0,56%	0,56%	0,56%	0,56%	0,56%
Incapacité Permanente	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%
Décès – PTIA	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%	0,07%
Total	1,26%							

Formule confort +

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	7 ^{ème} année	8 ^{ème} année
Incapacité Temporaire Totale de travail	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%
Incapacité Permanente	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%	0,63%
Décès – PTIA	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%	0,08%
Total	1,40%							

CNP Assurances s'engage à maintenir les taux de cotisations du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2020.

ANNEXE 3 : MODELE DE DECLARATION 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 :

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 441-7¹ du code pénal et en cas d'escroquerie ou tentative d'escroquerie selon les articles 313-1² et 313-3³ du code pénal.

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur et ses prestataires.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.

Fait à....., le

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

1- **Article 441-7 du code pénal** : « Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat 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. »

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

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