

Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire Invalidité

Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire Invalidité des adhérents de la Mutuelle Centrale des Finances (MCF), ci-après dénommée « le Souscripteur ».

Cette notice d'information est destinée aux assurés du contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire n° 0642Y (le « Contrat »), souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances, ci-après dénommée « le Souscripteur », auprès de CNP Assurances ci-après dénommée « l'Assureur ».

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

I – DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT

1. Objet du Contrat

Le Contrat n° 0642 Y a pour objet de proposer une couverture prévoyance comprenant une garantie invalidité au bénéfice des Membres participants et bénéficiaires cotisants du Souscripteur tels que définis aux Statuts de ce dernier. Cette population doit répondre aux conditions prévues à l'article 6 « Groupe assuré » de la présente Notice.

L'adhésion du Membre participant au Contrat, a été rendue obligatoire sur décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale du Souscripteur conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité.

Ce Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, souscrit auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur », relevant des branches : 1. Accidents et 2. Maladie mentionnées à l'article R. 321-1 du code des assurances.

Il est régi par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

2. Définitions

Dans le cadre du Contrat objet de la présente Notice, on doit entendre par :

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

Accident de la circulation : tout Accident qui survient :



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

Acte authentique : écrit rédigé par un officier ministériel.

Acte sous seing privé : écrit rédigé par des personnes privées.

Adhérent : les Membres participants et Bénéficiaires cotisants du Souscripteur relevant du groupe assuré.

Assuré : l'Adhérent.

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

Bénéficiaire(s) : personne(s) physique(s) ou morale(s), précisée(s) pour chaque garantie, à laquelle/auxquelles l'Assureur verse la prestation garantie.

Gestionnaire : le ou les organisme(s) qui est/sont en charge de la gestion des adhésions, des cotisations, et des prestations pour les échanges avec les Assurés et le Souscripteur.

Personne politiquement exposée (PPE) : les personnes qui exercent, ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un (1) an, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives pour le compte de la France, d'un Etat étranger ou d'une organisation internationale, ainsi que leurs proches (Article R. 561-18 I du Code monétaire et financier).

Souscripteur : la Mutuelle (personne morale) qui souscrit le Contrat au bénéfice de ses membres. Mutuelle Centrale des Finances (MCF), Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 302976568 dont le siège social est situé 110 rue de Picpus, 75012 Paris.

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

3. Prise d'effet – durée – renouvellement et résiliation du Contrat

Le Contrat objet de la présente Notice d'information prend effet le 1^{er} janvier 2017 et cesse le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un (1) an, sauf résiliation par le Souscripteur ou l'Assureur dans les conditions fixées ci-après.

Résiliation du Contrat par l'Assureur

La résiliation du Contrat par l'Assureur s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours (cachet de La Poste faisant foi) pour une prise d'effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.

En outre, l'Assureur peut résilier le Contrat en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités de l'article 9 de la présente Notice.

Résiliation du Contrat par le Souscripteur

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

- Soit par lettre ou tout autre Support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social de l'Assureur ou chez le Gestionnaire du Contrat,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par communication à distance lorsque le Contrat a été proposé par ce mode de communication,
- Soit par voie électronique en remplissant un formulaire de résiliation sur le site internet du

Gestionnaire, ou, le cas échéant, de l'Assureur (www.cnp.fr)

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

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

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

6. Groupe assuré

Le Souscripteur s'engage à faire bénéficier de la garantie invalidité qu'il a souscrite ses Membres participants actuels et futurs, tel que déclarés par le Souscripteur et définis ci-après.

Aussi, le Souscripteur s'engage à proposer l'adhésion au contrat à ses Bénéficiaires cotisants définis dans les conditions prévues à l'article 6.2. « Bénéficiaires cotisants ».

6.1. Membres participants

Ont la qualité de Membres participants du Souscripteur, les personnes rémunérées par un service situé dans le ressort du Souscripteur et qui satisfont à l'une des conditions ci-après :

- être âgées de moins de 35 ans ou réunir depuis moins de 5 ans la condition définie ci-dessus de ressort et de rémunération ;

- être âgées de moins de 35 ans ou être intégrées ou être réintégrées depuis moins de 5 ans dans un service situé dans le ressort du Souscripteur, après avoir été mis en position de détachement dans un organisme extérieur à la Fonction Publique ;

- les personnes admises à titre exceptionnel au sein de la mutuelle, conformément à la définition figurant à l'article 9 des Statuts de la Mutuelle.

Sont également visées les personnes qui ont cessé d'être Membres participants :

- soit après avoir été affecté à l'étranger alors qu'elles n'étaient inscrites qu'à une seule garantie « Frais de santé » et si elles sont revenues en France depuis moins de 5 ans ou qu'elles ont moins de 35 ans ;

- soit après avoir quitté le ressort du Souscripteur et/ou cessé de réunir les conditions prévues au paragraphe 1, si à nouveau et depuis moins de 5 ans, elles relèvent de ce ressort et réunissent ces conditions.

4. Modification et révision du Contrat

4.1. Modification du Contrat

Le Contrat peut être modifié par voie d'avenant sur proposition du Souscripteur ou de l'Assureur.

Chaque Partie s'engage à porter à la connaissance de l'autre Partie les modifications souhaitées avant l'échéance annuelle du Contrat.

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

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

4.2. Révision du Contrat

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

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

5. 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 ayant droit entraîne,

6.2. Bénéficiaires cotisants

Ont la qualité de Bénéficiaires cotisants :

- le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou le concubin d'un Membre participant, affilié à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale,
- les enfants d'un Membre participant, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire de la Sécurité sociale,
- les enfants handicapés d'un Membre participant, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale et âgés de plus de 20 ans,
- les agents employés en qualité d'apprentis dans un service du ressort de la mutuelle, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale,
- tout assuré social descendant, frère ou sœur d'un Membre participant, affilié à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale,
- les médecins de prévention exerçant leur activité dans un service du ressort du Souscripteur, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale,
- Les personnes admises à titre exceptionnel dans la mutuelle, conformément à la définition figurant à l'article 9 des statuts de la Mutuelle répondant aux conditions définies dans les Statuts du Souscripteur. La demande d'adhésion des Bénéficiaires cotisants doit être formulée auprès du Souscripteur par les intéressés eux-mêmes, soit avant l'âge de 35 ans, soit dans un délai de cinq (5) ans à compter de l'événement permettant leur admission en qualité de bénéficiaires cotisants.

Le Bénéficiaire cotisant a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son affiliation a pris effet.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, un nouveau délai de trente (30) jours court à compter de la remise de la (nouvelle) notice d'information.

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur une lettre recommandée rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme) (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 0642Y que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion).
Le (Date et signature) ».

L'Assureur procède alors au remboursement sur le compte bancaire du Souscripteur, déléataire de gestion, de l'intégralité des cotisations éventuellement versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

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, les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Souscripteur, déléataire de gestion, de la lettre de renonciation en recommandé.
- 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. 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.

III – DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS

7. Montant des cotisations

La garantie est accordée moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, telle que définie ci-dessous.

L'assiette des cotisations est la base de garantie telle que définie à l'article 17 ci-dessous.

Le taux de cotisations contractuel annuel de la garantie invalidité est fixé aux Conditions Particulières du Contrat.

Les taux de cotisations sont revus périodiquement et peuvent être modifiés en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale et des comptes de résultats.

8. Modalités de paiement des cotisations

Le Souscripteur est débiteur de l'ensemble des cotisations annuelles à l'égard de l'Assureur.

La cotisation annuelle est payable par le Souscripteur trimestriellement à terme échu dans les trente (30) premiers jours suivant chaque échéance. Le paiement de la cotisation est effectué par le débit d'un compte ouvert au nom du Souscripteur.

Le paiement des cotisations est effectué, auprès du Souscripteur, au choix de l'assuré :

- Par prélèvement bancaire sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré, en vertu du mandat de prélèvement SEPA dûment signé.
- Par chèque, ou,
- Par virement.

Plus aucune cotisation n'est due en cas de mise en jeu de la rente et, au plus tard, à la fin du mois au cours duquel l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

Pour les modifications effectuées au cours d'un trimestre d'assurance, les fractions de cotisations sont calculées prorata temporis.

9. Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans le délai prévu à l'Article 8 « Modalités de paiement des cotisations », l'Assureur suspend les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure.

Conformément à l'article L.113-3 du code des assurances, l'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours mentionné au deuxième alinéa dudit code.

IV – DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX DROITS ET INFORMATIONS DES ASSURÉS

10. Informations des Assurés

Le Souscripteur remet aux Assurés, d'une part, la Notice d'information relative au Contrat d'assurance de groupe établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, et d'autre part, le DIP (le document d'information normalisé prévu par l'article L. 112-2 du code des assurances).

Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la notice à l'Assuré.

Le Souscripteur est tenu d'informer les Assurés par écrit de toute modification de leurs droits et obligations trois (3) mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de l'information à ses Adhérents.

11. Réclamations – Médiation

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

- Par voie postale : CNP Assurances – Direction du Développement et Partenariats Europe - Direction Technique et Relation client - 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux,
- Par voie électronique : <https://www.cnp.fr/particuliers/contact/deja-assure>

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

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

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

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

12. Prescription

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du Contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

- Une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;

- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;

- L'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait ;

La prescription est également interrompue par :

- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre ; ou

- L'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée :

- Par l'Assureur au Souscripteur ou l'Assuré, le cas échéant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ; ou
- Par l'Assuré ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

13. Protection des données à caractère personnel

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

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité :

- La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ;
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ;
- Les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ;
- Les statistiques commerciales ;

- L'amélioration du service au client permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un Contrat ou une prestation complémentaire ;
- La gestion des avis des personnes sur les produits et services.

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

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

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

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

- En se rendant sur le site internet « cnp.fr » rubrique sur le RGPD ou
- En contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Service DPO, TSA n° 16939, 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

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

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

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement des données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la

Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus.

En cas de désaccord persistant concernant les données, l'Assuré et, le cas échéant, les ayants droit ont le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante :

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

14. Autorité chargée du contrôle

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

15. Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme - Sanctions économiques et financières

Comme toute compagnie d'assurances, l'Assureur est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi qu'au respect des sanctions économiques et financières.

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

V – DISPOSITIONS AFFÉRENTES À LA GARANTIE INVALIDITÉ

16. Base de garantie

Les cotisations et les prestations sont calculées à partir de la base de garantie définie ci-après.

Pour les Membres participants : la base de garantie est le produit arrondi aux 100 € les plus voisins de la rémunération nette annuelle totale de l'Assuré par un coefficient déterminé par le Conseil d'administration du Souscripteur d'après la variation de l'indice général des traitements de la Fonction Publique. La base de garantie peut être révisée par

un coefficient déterminé par le Conseil d'administration du Souscripteur.

Pour les Bénéficiaires cotisants : la base de garantie est la rémunération nette annuelle imposable, arrondie aux 100 € les plus voisins.

La base de garantie ne peut excéder le plafond maximum garanti fixé à soixante (60) fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au premier (1^{er}) juillet de l'année N-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

La rémunération retenue est celle perçue l'avant-dernière année. Toutefois :

- si cette rémunération a été majorée ou minorée en raison de circonstances exceptionnelles, l'Assuré doit demander qu'il y soit substitué une rémunération correspondant à sa situation actuelle en fournissant toutes les justifications nécessaires au Souscripteur avant le trente et un (31) décembre suivant l'année considérée ;
- s'il n'y a pas eu de rémunération l'avant-dernière année, c'est la dernière rémunération perçue qui est retenue ;
- en cas d'arrêt maladie prolongé au-delà d'une année civile, la dernière rémunération enregistrée par le Souscripteur est reconduite pour le nouvel exercice ;
- sur demande du membre participant, la base garantie peut être limitée au traitement indiciaire brut ou à un montant justifié.

17. 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.

18. Prise d'effet et durée de la garantie

Pour les Membres participants, la garantie prend effet à compter de la date d'entrée dans le groupe assuré tel que défini à l'article 6 « Groupe assuré ».

Pour les Bénéficiaires cotisants, la garantie prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par

l'Assureur de la demande d'adhésion transmise par le Souscripteur. Le Bénéficiaire cotisant peut dénoncer son adhésion au 31 décembre d'un exercice par lettre recommandée avec avis de réception. Cette dernière doit parvenir à l'Assureur le 31 octobre de l'année concernée.

Les assurés sont garantis par le Contrat, objet de la présente Notice, tant qu'ils restent Membres participants ou Bénéficiaires cotisants du Souscripteur et qu'ils exercent une activité salariée.

19. Revalorisation de la prestation

La revalorisation des prestations « Invalidité Permanente », en cours de service est soumise aux résultats annuels des garanties souscrites.

Si les résultats le permettent, le taux de revalorisation est égal au taux d'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale, dans la limite du taux le plus faible entre 2 % et 85 % du taux de rendement financier de l'Assureur de l'exercice précédent. Dans ce cas, la revalorisation intervient au 1^{er} janvier.

20. Territorialité de la garantie

Les garanties sont acquises aux Assurés dans le monde entier dès lors qu'ils sont affiliés à un régime de Sécurité sociale français ou d'un organisme assimilé.

21. Mise en œuvre de la garantie

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Assuré, du ou de(s) Bénéficiaire(s) qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires.

Le Gestionnaire du Contrat tient à la disposition de l'Assuré, du ou de(s) Bénéficiaire(s) qui le souhaiteraient une enveloppe leur permettant d'adresser sous pli confidentiel des pièces médicales au Médecin-Conseil de l'Assureur.

L'Assuré et le(s) bénéficiaire(s) du Contrat peuvent transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances :

CNP Assurances
4 Promenade Cœur de Ville
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

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 23 - « Contrôle Médical — Tierce Expertise ».

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

- Soit au Souscripteur qui se charge de les reverser à l'Assuré,
- Soit directement à l'Assuré ou aux Bénéficiaires le cas échéant.

22. Contrôle médical – Tierce Expertise

22.1. Contrôle Médical

Dans la mise en œuvre du service des prestations, l'Assureur se réserve le droit de procéder à un contrôle médical.

Les conclusions du contrôle médical peuvent conduire l'Assureur à refuser ou cesser le versement des prestations sans que l'Assuré puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la Sécurité sociale.

L'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

Si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est refusée ou suspendue et reprendra le cas échéant à l'issue du contrôle médical.

22.2. - Tierce Expertise

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

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

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

En cas d'entente sur la désignation du médecin tiers-expert, ce dernier procède à l'examen de l'Assuré et établi ses conclusions. Les conclusions de ce médecin tiers-expert s'imposent aux parties, sans

préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

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

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

23. Cessation et suspension de la garantie

La garantie cesse pour chaque Assuré :

- à la date d'effet de la résiliation du Contrat objet de la présente Notice,
- en cas de renonciation dans les conditions prévues à l'article 6.2 « Bénéficiaires cotisants » ;
- en cas de dénonciation de l'Adhésion à l'échéance annuelle dans les conditions décrites à l'article 6.2 « Bénéficiaires cotisants » ;
- à la date à laquelle l'Assuré ne fait plus partie de la catégorie du groupe assuré ;
- au 1^{er} jour du mois au cours duquel la mise à la retraite a été prononcée ;
- à la date de cessation de l'activité liant l'Assuré au Souscripteur ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9 « Défaut de paiement de la cotisation » ;
- à la date de décès de l'Assuré.

En outre les prestations peuvent être suspendues en cas de :

- non communication à l'Assureur de pièce(s) justificative(s),
- non présentation à un contrôle médical ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9 « Défaut de paiement des cotisations ».

VI – GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE

24. Objet de la garantie

La garantie « Invalidité » totale a pour objet le versement d'une prestation périodique proportionnelle à la base de garantie sous forme d'une rente d'invalidité à tout assuré considéré en invalidité totale pendant la période de garantie.

Cette garantie est obligatoirement liée à la garantie « Perte de Rémunération » jusqu'au 1^{er} jour du mois au cours duquel la mise à la retraite a été prononcée.

24.1 - Pour l'Assuré relevant du régime général de la Sécurité sociale

Est considéré en état d'invalidité totale, l'assuré reconnu médicalement inapte à exercer une activité professionnelle rémunérée et classé par le régime obligatoire d'assurance maladie en 2^e ou 3^e catégorie.

24.2 - Pour l'Assuré relevant de la Fonction Publique

Est considéré en état d'invalidité totale, l'Assuré mis à la retraite pour une invalidité définitive et absolue, l'empêchant d'exercer ses fonctions et dont le taux d'invalidité reconnue par les organismes compétents est supérieur à 50 %.

25. 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 ;
- 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 évènements 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.

26. Bénéficiaire

Le bénéficiaire est l'Assuré.

27. Prestations

L'Assureur garantit le service d'une rente en cas d'Invalidité totale telle que définie à l'article 24 « Objet de la garantie ».

Le service de cette rente est assuré dès la date de reconnaissance de l'invalidité totale par les organismes compétents.

En cas de modification de l'état d'invalidité, la rente sera ajustée et pourra cesser.

Le montant de la rente est fixé à 36 % de la base de garantie.

Les rentes dues par l'Assureur sont versées en complément et **sous déduction des rentes versées par la Sécurité sociale ou des pensions de retraite pour invalidité**.

Les prestations dues par l'Assureur sont réglées au Souscripteur, à charge pour lui de les verser à l'Assuré concerné. Elles sont versées trimestriellement, à terme échu.

Règle de cumul

Pour les Assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale, le cumul de la prestation due par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité, de la prestation reçue de la Sécurité sociale, de l'éventuelle rémunération versée par l'employeur, et le cas échéant, sous déduction de la pension vieillesse pour inaptitude pour les bénéficiaires de rentes invalidité versées par l'Assureur antérieures à 2005, ne peut à aucun moment excéder 80 % de la base garantie.

Pour les Assurés relevant de la Fonction Publique, le cumul de la prestation due par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité et de la pension de retraite pour invalidité ne peut à aucun moment excéder 80 % de la base garantie.

En cas de dépassement, la prestation de l'Assureur est réduite à due concurrence.

Cessation du service de la rente

Le service des prestations cesse :

- à la fin du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de 65 ans pour les sinistres survenus entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2023 ;
- à la fin du mois au cours duquel l'Assuré atteint son 70^e anniversaire pour les sinistres survenus à compter du 1^{er} janvier 2024 ;
- à la date de reprise d'une activité rémunérée par l'Assuré, excepté dans le cadre d'une reprise en temps partiel thérapeutique ;
- à la date à laquelle le niveau d'invalidité de l'Assuré constaté par l'Assureur à la suite d'un contrôle médical, n'est plus couvert ;
- en cas de décès de l'Assuré.

Pour les sinistres survenus avant le 1^{er} janvier 2005, l'Assureur garantit le service d'une rente viagère à l'Assuré dont le montant est révisable à son 65^{ème} anniversaire.

En cas de résiliation du Contrat, les prestations en cours de service continuent d'être versées jusqu'au terme prévu de la garantie au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

28. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des prestations dues doivent être adressées au Souscripteur qui les transmettra à l'Assureur accompagnées des pièces suivantes :

- le titre de pension de retraite pour invalidité de la Fonction Publique,

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

- l'attestation médicale d'Invalidité, disponible auprès du service médical de l'Assureur,

- toute autre pièce nécessaire à la liquidation des prestations dues, y compris les pièces justifiant le règlement de prestations autres que celles servies par la Sécurité sociale,

- un relevé d'identité bancaire au nom du Souscripteur ou, le cas échéant, au nom de l'Assuré.

L'Assureur peut demander à l'Assuré des pièces justificatives complémentaires, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil. Le versement 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.

Lors d'une demande de prestations, le Souscripteur atteste que l'Assuré appartenait au groupe assuré défini à l'Article 6 « Groupe assuré » de la présente Notice à la date de survenance de l'événement.

Chaque 1^{er} janvier doit être fournie :

- une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en Annexe),
- en cas de rupture du contrat de travail, la copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition.

Faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.

Les pièces doivent être adressées par l'Assuré ou le Souscripteur dans les six (6) mois suivant la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Fonction Publique ou la Sécurité sociale. À 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.



**Assurons
un monde
plus ouvert**

ANNEXE - MODÈLE DE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE

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

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

DÉCLARATION

Je soussigné(e) Mme, M. (nom)

Nom de jeune fille

(Pour les femmes mariées, divorcées ou veuves)

Prénoms

(Selon l'ordre de l'état civil)

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

Demeurant (adresse complète)

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

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

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

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

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

2° de falsifier une attestation ou un certificat originialement sincère,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fait à , le

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

