

## NOTICE D'INFORMATION RELATIVE AU CONTRAT D'ASSURANCE DÉPENDANCE N° 4427 M À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

**Cette notice d'information est relative au contrat collectif à adhésion facultative n° 4427 M souscrit par la CNRACL, régime spécial de protection sociale ci-après dénommée « le Souscripteur », auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur ».**

**La présente offre commerciale est valable jusqu'au 31 décembre 2018.**

### L'ADHÉSION

#### ARTICLE 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Le contrat n° 4427 M est soumis au code des assurances et à la législation française relevant des branches 1 (Accident) et 2 (Maladie) de l'article R321-1 du code des assurances.

Il a pour objet de garantir le service d'une rente viagère aux Assurés qui se trouvent de façon définitive, suite à une maladie ou un accident, dans l'état de dépendance défini ci-après.

#### ARTICLE 2 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

- Le Contrat n° 4427 M est assuré par CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062, entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.
- Le Contrat n° 4427 M est souscrit par la CNRACL, régime de protection sociale, créé par l'ordonnance 45-993 du 17 mai 1945, gérée par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), établissement à caractère spécial créé par l'article 100&2 de la loi du 28 avril 1816, codifié à l'article 518-2 du code monétaire et financier, domiciliée rue du Vergne-33059 Bordeaux cedex.
- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75009 Paris est chargée du contrôle de CNP Assurances.
- Le montant minimum de cotisation est indiqué en Annexe de la présente notice.
- La durée de l'adhésion est fixée à l'Article 5 de la présente notice d'information, sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnée à l'Article 7.
- Les garanties de l'adhésion sont mentionnées à l'Article 10.
- Les exclusions sont mentionnées à l'article 8 de la présente notice d'information.
- L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'au 31 décembre 2018.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux Articles 5 et 7.
- L'adhésion au Contrat n° 4427 M s'effectue selon les modalités décrites à l'Article 4.

- Les modalités de versement des cotisations sont indiquées à l'Article 15.
- Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge de l'Adhérent (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront 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 23.
- Les relations contractuelles et précontractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'Article 22.
- Il existe un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

#### ARTICLE 3 - QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Peuvent adhérer tous les affiliés du Souscripteur concerné ainsi que leur conjoint, concubin (y compris celui du même sexe) ou partenaire de PACS, leurs ascendants, leurs descendants à charge, à condition qu'ils soient âgés de moins de 75 ans à la date de signature de la demande d'adhésion et qu'ils accomplissent les formalités d'adhésion.

#### ARTICLE 4 - QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION ?

Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les candidats à l'assurance qui doivent remplir une demande d'adhésion accompagnée obligatoirement de la photocopie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité ainsi qu'une Déclaration d'État de Santé (DES).

Si le candidat répond « NON » à toutes les questions de la Déclaration d'État de Santé, il est admis dans l'assurance.

S'il répond « OUI » à l'une des questions, il doit remplir un Questionnaire de Santé (QS). La décision d'accepter ou de refuser le risque est prise par l'Assureur, après examen de ce questionnaire, complété éventuellement par des renseignements médicaux ou, si nécessaire, par un examen médical. L'Assureur se réserve la faculté de refuser le risque.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, concernant les réponses à la déclaration d'état de santé ou au questionnaire de santé, entraîne la nullité de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L.113-8 du code des assurances.**

## ARTICLE 5 - DATE DE CONCLUSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

### • DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION :

L'adhésion est conclue :

- au premier jour du mois civil qui suit la demande d'adhésion, pour l'Assuré qui a répondu négativement à toutes les questions de la Déclaration d'État de Santé,
- au premier jour du mois civil qui suit l'acceptation par l'Assureur, si l'Assuré a rempli un Questionnaire de Santé.

Le certificat d'adhésion précise à l'Assuré accepté dans l'assurance les conditions de cette acceptation ainsi que la date de conclusion de l'adhésion.

### • DURÉE DE L'ADHÉSION :

L'adhésion est conclue pour une durée d'1 an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

## ARTICLE 6 – QUAND VOS GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à l'expiration d'un délai de 14 jours calendaires révolus dont la date de départ se situe à la date de conclusion de l'adhésion et, le cas échéant, à l'issue d'un délai d'attente.

En cas de défaut de paiement de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

### • DÉLAI D'ATTENTE :

Tout sinistre survenant dans un délai d'un an à compter de l'expiration du délai de 14 jours mentionné ci-dessus ne donne pas lieu à garantie. Ce délai est porté à 3 ans en cas de dépendance d'origine mentale.

Toutefois, ce délai d'attente est supprimé en cas de dépendance résultant d'un accident.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

En cas de survenance d'un sinistre non pris en charge pendant le délai d'attente, l'adhésion est dénoncée et l'Assureur rembourse à l'Assuré le montant des cotisations versées.

## ARTICLE 7 : QUAND L'ADHÉSION ET LES GARANTIES CESSENT-ELLES ?

L'Assuré reste garanti quels que soient son âge et l'évolution de son état de santé.

L'adhésion et les garanties cessent toutefois de produire leurs effets dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'Assuré, notifiée par lettre recommandée deux mois avant la date de son échéance annuelle,
- en cas de survenance d'une dépendance de l'Assuré pendant le délai d'attente qui n'ouvre pas droit à garantie,
- en cas de décès de l'Assuré,
- en cas de renonciation de l'Assuré à son adhésion dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion,
- en cas de dénonciation de son adhésion suite à modification du contrat collectif.

## ARTICLE 8 - QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS ?

L'Assureur ne garantit pas les conséquences :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré, d'une tentative de suicide, d'une mutilation volontaire, du refus de se soigner et d'une façon générale, d'accidents, blessures ou maladies qui sont le fait volontaire de l'Assuré sauf si la preuve est apportée qu'il y a eu acte inconscient,

- de l'usage de stupéfiant sans prescription médicale,
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non approuvés au regard de la réglementation européenne.

## ARTICLE 9 - QUELLES SONT LES MODIFICATIONS POSSIBLES ?

a – par l'Assuré :

Diminution de garantie :

L'Assuré peut diminuer le montant de sa garantie (choix d'une classe inférieure) à condition qu'il soit âgé de moins de 75 ans au 1<sup>er</sup> janvier suivant et sous réserve d'en aviser l'Assureur avant le 1<sup>er</sup> novembre, par lettre recommandée. La modification prend effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.

Augmentation de garantie :

Il peut également, dans les mêmes conditions d'âge et le même délai, demander une augmentation du montant de garantie (choix d'une classe supérieure).

Il doit alors accomplir les formalités d'adhésion indiquées à l'article 4 de la présente notice.

Pour ce faire, il doit adresser un courrier à l'Assureur, ce dernier lui transmet en retour les documents à compléter.

L'augmentation prend effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant sous réserve de l'acceptation par l'Assureur et du paiement de la cotisation correspondante et le cas échéant, à l'expiration du délai d'attente.

Tout sinistre survenant dans un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'augmentation de garantie donne uniquement droit à la garantie précédant la demande d'augmentation. Ce délai est porté à 3 ans en cas de dépendance d'origine mentale. Toutefois, ce délai est supprimé en cas de dépendance résultant d'un accident.

En cas de refus de l'Assureur, l'Assuré reste garanti aux conditions en vigueur avant la demande d'augmentation.

L'âge pris en compte pour la cotisation relative à l'augmentation des garanties est l'âge de l'Assuré à la date de demande de modification.

Toutes les modifications sont faites aux conditions de garanties et de cotisations en vigueur à leur date de prise d'effet.

b - par l'Assureur ou le Souscripteur :

Les modifications apportées par l'Assureur ou le Souscripteur interviennent après acceptation par les deux parties, au renouvellement du contrat.

L'Assureur est tenu d'en informer tous les Assurés par écrit au moins trois mois avant la prise d'effet. Ils ont la possibilité, soit de modifier leurs garanties dans les conditions définies ci-avant, soit de dénoncer leur adhésion à effet du 1<sup>er</sup> janvier suivant en adressant à l'Assureur une lettre recommandée deux mois avant cette date.

## LES GARANTIES

## ARTICLE 10 - QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS ?

a – reconnaissance du niveau de dépendance :

Est considéré en état de dépendance l'Assuré qui se trouve, suite à une maladie ou à un accident, dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique d'effectuer seul les actes de la vie quotidienne suivants : se déplacer, s'habiller, s'alimenter, se laver et se trouve dans l'une des situations suivantes :

1. L'Assuré est hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées ou invalides :  
« La section de cure médicale est destinée à des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls des actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée qui nécessite

un traitement d'entretien, une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux (décret n° 78-478 du 29 mars 1978). »

2. L'Assuré est hospitalisé en unité de long séjour :  
« Les centres de long séjour sont des établissements composés d'unités destinées à l'hébergement de personnes n'ayant plus l'autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971). »
3. L'Assuré bénéficie simultanément des services de soins médicaux à domicile justifiés par certificat médical et de l'assistance d'une tierce personne rémunérée effectuant au moins 100 heures par trimestre :  
« Les services de soins à domicile permettent, sur prescription médicale, d'assurer des soins globaux et continus à certaines personnes âgées, invalides ou handicapées maintenues à leur domicile (loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 et décret n° 81-448 du 8 mai 1981). »
4. L'Assuré est placé dans une famille d'accueil habilitée à héberger à titre onéreux des personnes âgées dépendantes et remplit les conditions de dépendance avec assistance d'une tierce personne de façon viagère.

L'état de dépendance est apprécié à partir des grilles ci-après.

GRILLE N° 1		
Actes de la vie quotidienne	Troubles physiques nécessitant une aide	
	Partielle	Totale
S'alimenter (manger et boire...)	1 point	2 points
S'habiller (se chauffer...)	1 point	2 points
Se laver, se coiffer, se raser, uriner	1 point	2 points
Se déplacer (se lever, s'asseoir, marcher...)	1 point	2 points

GRILLE N° 2	
troubles psychiques nécessitant	
aucune surveillance	0 point
une surveillance partielle ou une incitation à agir	1 point
une surveillance et une assistance constantes	2 points

indice de dépendance =  
total points grille n° 1 + total points grille n° 2  
(indice minimum = 0 ; indice maximum = 10)

Décision de CNP Assurances après avis médical	Indice de dépendance
dossier refusé	0 à 4 points
dossier accepté :	1 point
dépendance de niveau I	5 points
dépendance de niveau II	6 à 10 points

La dépendance est présumée être :

- de niveau I si le total des points est égal à 5,
- de niveau II si le total des points est compris entre 6 et 10 (bornes incluses).

Si le total des points est inférieur à 5, la dépendance n'ouvre pas de droit à prestation dans le cadre de ce contrat.

#### b - service de la rente

Le service de la rente débute dès la date de reconnaissance de la dépendance par l'Assureur.

#### c - modification du niveau de dépendance

Le niveau de dépendance reconnu pourra évoluer en fonction de la modification de l'état de santé de l'Assuré. Un dossier médical devra être constitué, et l'indemnisation au niveau de dépendance actualisé interviendra dès la reconnaissance du nouvel état par l'Assureur.

## ARTICLE 11 - QUELLES SONT LES PRESTATIONS ?

### • LES PRESTATIONS DÉPENDANCE :

La rente est payable mensuellement et à terme échu.

La rente versée est égale à une fraction de la rente mensuelle de base, dont le montant est choisi à l'adhésion, parmi l'une des quatre classes suivantes :

- classe 1 : 300 €
- classe 2 : 600 €
- classe 3 : 900 €
- classe 4 : 1 200 €

Les montants de rente garantis pour chacun des niveaux de dépendance définis sont les suivants :

- niveau I : 50 % de la rente de base
- niveau II : 100 % de la rente de base

Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, le montant des rentes de base est revalorisé par référence à l'évolution du point Agirc\* de l'année qui précède. Les rentes en cours de paiement sont revalorisées dans les mêmes conditions.

\* Association générale des institutions de retraite de cadres

### • LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE :

Dès la date de conclusion de l'adhésion, des prestations d'assistance sont délivrées à l'Assuré.

Ces prestations sont décrites dans la notice d'information relative au contrat d'assistance souscrit par CNP Assurances auprès de Filassistance International, annexée à la présente notice.

## QUE FAIRE EN CAS DE DÉPENDANCE ?

### ARTICLE 12 - QUELLES SONT LES FORMALITÉS À REMPLIR ?

L'examen de la demande de prestation intervient selon la procédure suivante : L'Assuré ou toute autre personne de son entourage doit adresser à l'Assureur les pièces suivantes :

- un imprimé « Justificatif d'état de dépendance » rempli éventuellement avec l'aide du médecin traitant ou du médecin hospitalier, et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur.
- notification de la Sécurité Sociale plaçant l'Assuré en invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie ; à défaut un certificat médical attestant que l'Assuré est atteint d'une invalidité totale, permanente nécessitant l'assistance continue d'une tierce personne.
- en cas de dépendance consécutive à un accident survenu au cours du délai d'attente, tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec la dépendance.

En outre, devront être transmis à l'Assureur, ceux des justificatifs qui correspondent à la situation de l'Assuré :

en cas d'hospitalisation :

- attestation d'hébergement en centre de long séjour, ou
- attestation d'hébergement dans une section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées invalides.

en cas de soins à domicile :

- certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile accompagné de justificatifs d'une tierce personne rémunérée effectuant au moins 100 heures par trimestre.

en cas d'hébergement en famille d'accueil :

- attestation de la famille d'accueil justifiant l'hébergement,
- document d'habilitation à héberger des personnes dépendantes,
- facture de l'hébergement.

Outre les justificatifs prévus ci-dessus, l'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier ainsi que de faire visiter, par un médecin de son choix, tout assuré demandant à bénéficier des prestations.

En cas de refus de l'Assuré, celui-ci perd tout droit à prestations.

La demande doit être formulée dans un délai de 270 jours à compter de la date à laquelle l'Assuré peut prétendre au service de la prestation. Passé ce délai, le versement de la rente débute à compter de la date de réception de la demande.

Au cours du paiement de la prestation, l'Assureur se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de dépendance de l'assuré. En cas de refus de l'Assuré, le paiement de la prestation cesse.

#### • PROCÉDURE DE CONCILIATION :

Tout refus de prise en charge par l'Assureur après contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet, à la demande de l'Assuré, d'une procédure de conciliation dans l'année qui suit ce contrôle.

La demande, formulée par écrit et adressée à l'Assureur, doit indiquer que l'Assuré sollicite la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin que l'Assuré désigne pour le représenter. Ce certificat doit détailler l'état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par CNP Assurances et indiquer son évolution depuis cette date. La demande doit en outre mentionner que l'Assuré accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

Le médecin de l'Assuré et le médecin conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. Si cet accord n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son médecin conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un médecin tiers.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

Les honoraires du médecin tiers sont à la charge de la partie perdante.

En tout état de cause, l'Assuré conserve, ainsi que l'Assureur, la faculté d'exercer une action en justice.

## COTISATIONS

### ARTICLE 13 - COMMENT SONT FIXÉES LES COTISATIONS ?

La cotisation est fixée en fonction de l'âge de l'Assuré à l'adhésion et du montant de la garantie choisie.

Le barème des cotisations mensuelles figure en annexe de la présente notice.

La cotisation la plus élevée est réduite de 20 % en cas d'adhésion multiple (titulaire et ayant(s) droits).

### ARTICLE 14 - COMMENT SONT REVALORISÉES LES COTISATIONS ?

Les cotisations correspondant aux garanties d'assurance sont revalorisées à chaque échéance annuelle dans les mêmes conditions que les garanties, c'est-à-dire en fonction de l'évolution du point Agirc de l'année qui précède.

### ARTICLE 15 - QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PAIEMENT ?

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance, par prélèvement automatique.

Elles peuvent faire l'objet d'un règlement fractionné par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle au choix de l'Assuré, sous réserve que le montant de chaque prélèvement soit supérieur à 30 €.

Elles cessent d'être dues à partir de l'échéance de cotisation suivant le début du service de la rente.

### ARTICLE 16 - QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ?

A défaut de paiement de la cotisation due, le Souscripteur peut exclure l'Assuré du contrat, 40 jours après mise en demeure par lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L 141-3 du code des assurances.

### ARTICLE 17 - COMMENT EST RÉVISÉ LE BARÈME DE COTISATIONS ?

Le barème des cotisations d'assurance applicable aux Assurés déjà affiliés au contrat, pourra être révisé par l'Assureur en fonction de l'évolution des

résultats du contrat.

Dès qu'ils sont informés de cette révision de barème, les Assurés ont la possibilité de modifier leur adhésion ou de la dénoncer, en cas de désaccord, à effet du 1<sup>er</sup> janvier suivant en adressant à l'Assureur une lettre recommandée deux mois avant cette date.

## LES DROITS ET L'INFORMATION DES ASSURÉS

### ARTICLE 18 - QUELLE EST LA DURÉE DU CONTRAT ?

Le contrat n°4427 M prend effet le 1<sup>er</sup> février 2001 et cesse le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation par le Souscripteur ou par l'Assureur, notifiée par lettre recommandée avec un préavis de trois mois.

Lorsque le contrat est résilié par l'une ou l'autre des parties, aucune adhésion nouvelle n'est recevable. Les adhésions antérieures à la date d'effet de la résiliation sont maintenues à titre individuel. Les garanties restent acquises aux Assurés au niveau atteint, sous réserve de la poursuite du paiement des primes les concernant.

La résiliation est également sans effet sur les prestations en cours de service qui sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de ladite résiliation jusqu'à leur terme contractuel.

### ARTICLE 19 - DÉLAI DE 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 :

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

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 des prestations.

### ARTICLE 20 – INFORMATION DES ASSURÉS

L'Assureur remet aux Assurés, sur délégation du Souscripteur, une notice d'information qui précise leurs droits et obligations.

En cas de modification des garanties, l'Assureur, sur délégation du souscripteur, fournit aux Assurés une nouvelle notice d'information dans un délai de trois mois avant la date de prise d'effet des modifications.

### ARTICLE 21 - AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

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

### ARTICLE 22 - QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATION ?

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

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après qu'il aura présenté un premier recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou le bénéficiaire peut s'adresser à la Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09. **L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.**

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

## ARTICLE 23 - FACULTÉ DE RENONCIATION

### a- Délai pour exercer la faculté de renonciation :

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

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

En vertu de l'article L 112-9 alinéa 1<sup>er</sup> du code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. ».

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

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

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

Conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

#### \* Dans tous les cas :

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

### b- Modalités de renonciation :

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit retourner à l'Assureur le certificat d'adhésion et sa renonciation rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme) .....(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n ° 4427 M que j'ai signé le ..... à ..... (Lieu d'adhésion). Le ..... (Date et signature) », au moyen d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée aux coordonnées suivantes :

**CNP ASSURANCES**  
**Service Dépendance**  
**TSA 86753**  
**951 44 GARGES LES GONESSE CEDEX**

### c- Effets de la renonciation :

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

Les effets sur le contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par 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 prime annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

## ARTICLE 24 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

Ces informations sont à destination de CNP Assurances, 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

## CNRACL

régime de protection sociale, créé par l'ordonnance 45-993 du 17 mai 1945, gérée par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), établissement à caractère spécial créé par l'article 100&2 de la loi du 28 avril 1816, codifié à l'article 518-2 du Code monétaire et financier, domiciliée rue du Vergne-33059 Bordeaux cedex.

**CNP Assurances** - Société anonyme au capital de 686 618 477 € entièrement libéré - 341.737.062 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances - Siège social : 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15

## ANNEXE

### Tarifs CNRACL 4427M au 1<sup>er</sup> janvier 2018

Age à l'adhésion	Classe 1 rente mensuelle de 300 €		Classe 2 rente mensuelle de 600 €		Classe 3 rente mensuelle de 900 €		Classe 4 rente mensuelle de 1 200 €	
	Cotisation mensuelle	Cotisation annuelle	Cotisation mensuelle	Cotisation annuelle	Cotisation mensuelle	Cotisation annuelle	Cotisation mensuelle	Cotisation annuelle
Moins de 50 ans	8,79 €	105,48 €	17,58 €	210,96 €	26,37 €	316,44 €	35,16 €	421,92 €
50 ans	9,41 €	112,92 €	18,82 €	225,84 €	28,23 €	338,76 €	37,64 €	451,68 €
51 ans	10,17 €	122,04 €	20,34 €	244,08 €	30,51 €	366,12 €	40,68 €	488,16 €
52 ans	10,55 €	126,60 €	21,10 €	253,20 €	31,65 €	379,80 €	42,20 €	506,40 €
53 ans	11,30 €	135,60 €	22,60 €	271,20 €	33,90 €	406,80 €	45,20 €	542,40 €
54 ans	11,67 €	140,04 €	23,34 €	280,08 €	35,01 €	420,12 €	46,68 €	560,16 €
55 ans	12,42 €	149,04 €	24,84 €	298,08 €	37,26 €	447,12 €	49,68 €	596,16 €
56 ans	13,19 €	158,28 €	26,38 €	316,56 €	39,57 €	474,84 €	52,76 €	633,12 €
57 ans	13,93 €	167,16 €	27,86 €	334,32 €	41,79 €	501,48 €	55,72 €	668,64 €
58 ans	14,69 €	176,28 €	29,38 €	352,56 €	44,07 €	528,84 €	58,76 €	705,12 €
59 ans	15,44 €	185,28 €	30,88 €	370,56 €	46,32 €	555,84 €	61,76 €	741,12 €
60 ans	16,20 €	194,40 €	32,40 €	388,80 €	48,60 €	583,20 €	64,80 €	777,60 €
61 ans	17,33 €	207,96 €	34,66 €	415,92 €	51,99 €	623,88 €	69,32 €	831,84 €
62 ans	18,07 €	216,84 €	36,14 €	433,68 €	54,21 €	650,52 €	72,28 €	867,36 €
63 ans	19,20 €	230,40 €	38,40 €	460,80 €	57,60 €	691,20 €	76,80 €	921,60 €
64 ans	20,34 €	244,08 €	40,68 €	488,16 €	61,02 €	732,24 €	81,36 €	976,32 €
65 ans	21,47 €	257,64 €	42,94 €	515,28 €	64,41 €	772,92 €	85,88 €	1 030,56 €
66 ans	22,98 €	275,76 €	45,96 €	551,52 €	68,94 €	827,28 €	91,92 €	1 103,04 €
67 ans	24,48 €	293,76 €	48,96 €	587,52 €	73,44 €	881,28 €	97,92 €	1 175,04 €
68 ans	26,36 €	316,32 €	52,72 €	632,64 €	79,08 €	948,96 €	105,44 €	1 265,28 €
69 ans	27,86 €	334,32 €	55,72 €	668,64 €	83,58 €	1 002,96 €	111,44 €	1 337,28 €
70 ans	30,13 €	361,56 €	60,26 €	723,12 €	90,39 €	1 084,68 €	120,52 €	1 446,24 €
71 ans	32,00 €	384,00 €	64,00 €	768,00 €	96,00 €	1 152,00 €	128,00 €	1 536,00 €
72 ans	34,64 €	415,68 €	69,28 €	831,36 €	103,92 €	1 247,04 €	138,56 €	1 662,72 €
73 ans	37,28 €	447,36 €	74,56 €	894,72 €	111,84 €	1 342,08 €	149,12 €	1 789,44 €
74 ans	39,92 €	479,04 €	79,84 €	958,08 €	119,76 €	1 437,12 €	159,68 €	1 916,16 €