



ASSURANCE DÉPENDANCE

Notice d'information relative au contrat d'assurance
Notice d'information relative au contrat d'assistance



Notice d'information relative au contrat d'assurance

Page 5

Conditions générales des garanties d'assistance, valant Notice d'information

Page 10

NOTICE D'INFORMATION

relative au contrat d'assurance dépendance n° 4427 M

Cette notice d'information en vigueur au 1^{er} janvier 2019 est 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»

L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint

L'ADHESION

ARTICLE 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Le contrat n° 4427 M, ci-après dénommé « Contrat », 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 – INTERVENANTS AU CONTRAT ET INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA VENTE À DISTANCE

ARTICLE 2.1 – 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 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. Le souscripteur dénommé « Souscripteur ».

ARTICLE 2.2 – INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES 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 - 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. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de CNP Assurances.
- Le montant minimum de cotisation est indiqué en Annexe Tarifaire de la présente notice.

Le montant de la cotisation annuelle due au titre de la première année d'adhésion au Contrat est calculé prorata temporis, pour une période allant de la date de conclusion de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de la même année.

- La date de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux Articles 5 et 6. L'adhésion se termine le 31 décembre suivant sa date de conclusion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction

conformément à l'article 5 sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnés à l'article 7.

Les garanties du contrat n° 4427 M sont mentionnées aux articles 10 et suivants de la présente notice d'information.

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'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint.

L'adhésion au Contrat s'effectue selon les modalités décrites à l'article 4 de la présente notice d'information.

Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 15 de la présente notice d'information.

Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Adhèrent 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'Adhèrent - 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 23.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant toute 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).
- Le document d'information normalisé est prévu par l'article L. 112-2 du code des assurances.
- L'Adhèrent 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).

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 à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui intervient à compter de la date de règlement de la première cotisation.

L'adhésion se termine le 31 décembre suivant et se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier, sous réserve des conditions définies à l'article 7.

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 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 non-paiement de la cotisation selon les modalités de l'article 16,
- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'Assuré, notifiée par lettre

recommandée au Souscripteur deux mois avant la date de son échéance annuelle, ce qui engendre une cessation au 1^{er} janvier suivant,

- en cas de survenance d'une dépendance de l'Assuré pendant le délai d'attente qui n'ouvre pas droit à garantie,
- à la date à partir de laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions visées à l'article 3 de la présente Notice d'information
- en cas de dénonciation de son adhésion suite à modification du Contrat selon les modalités de l'article 9,
- en cas de décès de l'Assuré.

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, de blessures ou de 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^{er} janvier suivant et sous réserve d'en aviser l'Assureur avant le 1^{er} novembre, par lettre recommandée. La modification prend effet au 1^{er} 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^{er} 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^{er} 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.
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.
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.
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.

Grilles d'appréciation de la dépendance

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 chausser...)	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	
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 3 : 900 €
- classe 2 : 600 € • 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^{er} janvier de chaque année, le montant des rentes de base est revalorisé par référence à l'évolution du point Agirc* (ou Agirc-Arrco le cas échéant) entre le 1^{er} janvier N-2 et le 1^{er} janvier N-1. Les rentes en cours de paiement sont revalorisées dans les mêmes conditions.

* Association générale des institutions de retraite de cadres

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 placé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur
- une notification de la Sécurité Sociale plaçant l'Assuré en invalidité 3^{ème} 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.

Coordonnées de l'Assureur :

CNP Assurances
Service Dépendance
TSA 86753
95144 GARGES LES GONESSE CEDEX

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 Tarifaire de la présente notice.

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

Les agents (adhérents) qui conservent l'adhésion au Contrat à la date de mise à la retraite bénéficient d'une minoration de tarif de 0,40 € par tranche de 150 €, dans la mesure où leur adhésion a plus de 5 ans d'ancienneté.

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 (ou Agirc-Arrco le cas échéant) entre le 1^{er} janvier N-2 et le 1^{er} janvier N-1.

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^{er} 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^{er} février 2001 et cesse le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} 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 cotisations 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 d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

En vertu de l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement 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 et le document d'information normalisé prévu par l'article L. 112-2 du code des assurances.

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) - 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 22 - QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATION ?

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du 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^{er} 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze 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
95144 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 - 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 ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations de leurs contrats d'assurance.

Conformément à l'article R. 113-14 du code des assurances, l'absence des informations énoncées ci-dessus ou l'absence d'actualisation de celles-ci est susceptible d'entraîner la cessation de l'adhésion au Contrat par l'Assureur.

Toutes les informations sur le client ou ses opérations recueillies par l'intermédiaire d'assurance, notamment pour le compte de CNP Assurances, sont accessibles par l'Assureur, en application de la réglementation.

ARTICLE 25 - SUBROGATION

Les prestations présentant un caractère indemnitaire au titre du Contrat permettent à l'Assureur, conformément à l'article 29 3° de la loi du 5 juillet 1985 et à l'article L. 131-2 du code des assurances, d'être subrogé dans les droits de l'Assuré victime contre le tiers responsable.

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

ARTICLE 26 - TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

L'état de dépendance doit être constaté en France. Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'Assureur sur le sol français restent à la charge de l'Assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'Assureur sont à la charge de ce dernier.

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



assistance

CNP ASSURANCES, société Anonyme, au capital de 686 618 477 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n° 341 737 062, dont le siège social est situé au 4, place Raoul Dautry – 75716 PARIS Cedex 15, a souscrit le contrat collectif n° F 02 D 0027 auprès de **FILASSISTANCE**, au profit des assurés du contrat d'assurance dépendance n° 4427 M, afin de faire bénéficier ces derniers des garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

A - CADRE DES GARANTIES

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone 01 47 11 24 29 (depuis la France)
+ 1 47 11 24 29 (depuis l'étranger)
Télécopie 09 77 40 17 87
Adresse postale 108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

2. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

L'Adhérent a la qualité de bénéficiaire.

Il doit résider en France telle que définie ci-dessous.

3. OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties d'assistance fournies par **FILASSISTANCE** au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

4. QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat d'assurance dépendance n° 4427 M de **CNP ASSURANCES**, sous réserve du règlement de la prime correspondante.

Toutefois, le droit à garantie auprès de **FILASSISTANCE** cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance dépendance de **CNP ASSURANCES** n° 4427 M ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° F 02 D 0027 ;
- En cas de non-paiement de la prime conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

B - GÉNÉRALITÉS

1. DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Adhérent Toute personne physique ayant adhéré au contrat d'assistance n° F 02 D 0027 et qui s'engage à acquitter la prime émise aux périodes définies.

Aide à domicile Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre

d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

AGGIR Outil national d'évaluation de la Dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Atteinte corporelle Blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Auxiliaire de vie Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son Domicile.

Bénéficiaire l'Adhérent

Conjoint Le Conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Dépendance État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 3 de la grille AGGIR.

Domicile Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Équipe médicale Médecin de **FILASSISTANCE**.

Evènement Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**.

France France métropolitaine, la Principauté de Monaco et les Départements-Régions d'Outre-mer français suivants: Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.

Handicap Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation Sauf stipulation contraire, tout séjour d'une durée supérieure à 4 jours, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.

Pré-Dépendance État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 4 de la grille AGGIR.

Proches Le Conjoint de l'Adhérent, les ascendants et descendants fiscalement à charge de l'Adhérent.

Zone de résidence - Pour les Adhérents résidant en France métropolitaine ou dans la Principauté de Monaco : zone couvrant la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés).

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone suivant 01 47 11 24 29, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat F 02 D 0027. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

En cas d'Accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

2.2. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que **Filassistance** jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par **FILASSISTANCE**, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2.3. CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

2.4. CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés) sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures. La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter l'Adhérent et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). De plus, en cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par **FILASSISTANCE** ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. **FILASSISTANCE** ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

3. EXCLUSIONS

3.1. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

- Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de **FILASSISTANCE** les conséquences :
- d'une cause étrangère au Contrat (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers);
- des frais engagés sans l'accord préalable de **FILASSISTANCE** ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement;
- d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- de la participation de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, en tant que concurrent, à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à titre non amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances;
- de toute restriction à la libre circulation des personnes ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi;
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

4. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

5. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et

l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et 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 ; l'amélioration du service au client ; 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 **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

L'Adhérent dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (**FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité 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.

6. RESPONSABILITE

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Adhérent, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice de l'Adhérent.

En tout état de cause, **FILASSISTANCE** ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil ainsi que par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

8. RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : **01 47 11 24 29**, qui veillera à répondre ou à accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de dix (10) jours à compter de la demande.

Le Bénéficiaire pourra également adresser sa réclamation par courrier en précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Ou qualite@filassistance.fr

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **FILASSISTANCE** enverra un courrier accusant réception de la réclamation. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation. Dans tous les cas, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la demande.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

9. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des assurances :

- Délai de prescription

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurances contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, nonobstant les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

- Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3 :

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les Parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

- Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

- **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- **Étendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

- Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

10. FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

Les primes payées demeurent alors acquises à **FILASSISTANCE**, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

11. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

La présente Notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente Notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le Domicile de l'Adhérent.

C - DÉTAIL DES PRESTATIONS GARANTIES

1. PRESTATIONS ACCESSIBLES À L'ADHÉRENT ET SES PROCHES

1.1 - INFORMATIONS ET PRÉVENTION

1.1.1 - Écoute, conseils, informations pratiques

FILASSISTANCE recherche et communique à l'Adhérent:

- des solutions adaptées et des intervenants adéquats (par exemple : professionnels de santé, établissements de santé, fournisseurs en équipements santé et services associés, ambulanciers,)
- des renseignements concernant les voies de recours possibles après un refus de prise en charge par le régime obligatoire,
- des renseignements sur les formalités administratives liées à la prise en charge,
- des renseignements concernant la vie courante et notamment :
 - l'habitation et le logement,
 - les salaires,
 - les assurances sociales, les allocations et les retraites,
 - les services publics,
 - le droit des consommateurs,
 - l'hygiène de vie (par exemple : alimentation),
 - la préparation aux voyages (précautions sanitaires et comportementales),
 - les effets secondaires des médicaments,
 - les vaccinations,
 - les informations générales sur les pathologies, la nutrition et les traitements.

La prestation de renseignement est inhérente à une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations relevant du domaine de la vie courante.

1.1.2 Informations sur la Dépendance

FILASSISTANCE communique à l'Adhérent toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance de la Dépendance d'un Proche, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, **FILASSISTANCE**, le cas échéant et sur demande, met en contact l'Adhérent avec les organismes concernés.

1.2 - AIDE ADMINISTRATIVE ET PSYCHOLOGIQUE

1.2.1 - Aide à la constitution de dossier

FILASSISTANCE aide l'Adhérent dans la constitution du dossier lié à la Dépendance d'un Proche devenu dépendant (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

1.2.2 - Recherche d'établissements spécialisés

FILASSISTANCE recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir les Proches de l'Adhérent, en état de Dépendance, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.**

Si l'Adhérent le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

1.2.3 - Recherche d'établissements temporaires

FILASSISTANCE recherche et indique les établissements temporaires qui peuvent recevoir les Proches de l'Adhérent, en état de Dépendance, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'Adhérent le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

1.2.4 - Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Lors de la survenance de la Dépendance d'un Proche, **FILASSISTANCE** peut mettre en relation l'Adhérent avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

2. PRESTATIONS ACCESSIBLES À L'ADHÉRENT EN ÉTAT DE PRÉ-DÉPENDANCE OU DE DÉPENDANCE

2.1 - ADAPTATION DU DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (à hauteur de 460 euros maximum par Adhérent) l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement.

Il est à la disposition de l'Adhérent dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

2.2 - MISE EN RELATION AVEC LES CORPS DE MÉTIER EN CHARGE DE L'AMÉNAGEMENT DU LOGEMENT

FILASSISTANCE recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement et met en relation l'Adhérent avec ces entreprises.

En aucun cas **FILASSISTANCE** ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

2.3 - ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS LA NUIT, LES SAMEDIS, DIMANCHES ET JOURS FÉRIÉS

FILASSISTANCE organise l'acheminement de médicaments au Domicile de l'Adhérent, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer, le tout médicalement constaté et attesté, et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de l'Adhérent selon la prescription médicale.

Cette garantie s'applique si l'Adhérent ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage.

Les frais engagés (portage et médicaments) restent à la charge de l'Adhérent.

2.4 - PORTAGE DE REPAS

FILASSISTANCE organise, recherche et met en relation l'Adhérent avec le prestataire de services de portage de repas.

Les frais engagés (portage et repas) restent à la charge de l'Adhérent.

2.5 - TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- gestion de la « fiche médicale » de l'Adhérent/son Conjoint,
- écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance,
- présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appel de **FILASSISTANCE**,

- dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**,
- mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

FILASSISTANCE prend en charge la mise en service d'un appareil par foyer. Les frais d'abonnement restent à la charge de l'Adhérent.

2.6 - GARDE MALADE

En cas d'Hospitalisation de plus de 4 jours de l'Adhérent et lors de son retour à Domicile, **FILASSISTANCE** recherche et organise la venue d'une garde malade à Domicile pour lui venir en aide pendant sa convalescence, et prend en charge sa rémunération jusqu'à 15 heures réparties sur les 5 jours ouvrés suivant la date de retour au Domicile.

Cette prestation est limitée à une fois par année civile.

2.7 - AIDE À DOMICILE

En cas d'Hospitalisation de plus de 4 jours de l'Adhérent et lors de son retour à Domicile, **FILASSISTANCE** met à disposition de l'Adhérent une Aide à domicile, afin de le soulager dans ses tâches ménagères.

FILASSISTANCE prend en charge la rémunération de l'Aide à domicile, dans les conditions ci-dessous.

- Un certificat médical devra être adressé à **FILASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation.

Ce certificat devra être adressé à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**

- La durée de mise en œuvre de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent, par le service médical de **FILASSISTANCE**.

Le nombre d'heures allouées ne peut pas dépasser 30 heures réparties par Évènement à raison de 4 heures par jour maximum, pendant les 10 jours ouvrés faisant suite à l'Hospitalisation au Domicile de l'Adhérent (maximum 80 heures par année civile).

2.8 - GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilettage et de vétérinaires) la garde à l'extérieur dans la Zone de résidence de l'Adhérent ou l'entretien à Domicile des Animaux de compagnie tels que définis ci-dessus, sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.

La prise en charge de cette garde n'excèdera pas une période de 8 jours. Cette prestation est limitée à une seule fois par année civile.

3. PRESTATIONS D'ASSISTANCE ACCESSIBLES À L'ADHÉRENT LORS DE LA SURVENANCE DE LA DÉPENDANCE

3.1 - TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Adhérent un appareil de téléassistance tel que décrit ci-dessus.

FILASSISTANCE prend en charge la mise en service d'un appareil par foyer et les 3 premiers mois d'abonnement.

3.2 - ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

FILASSISTANCE recherche pour le compte de l'Adhérent des services d'aide au déplacement (à la banque, à La Poste, dans un établissement de soins, etc.) et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur.

Cette prestation s'applique dans la limite de 4 interventions par Adhérent et par année civile (avec un maximum de 460 euros TTC par année civile).

3.3 - AUXILIAIRE DE VIE

FILASSISTANCE recherche et organise pour le compte de l'Adhérent la venue d'une Auxiliaire de vie.

Les frais liés à son intervention sont à la charge de l'Adhérent.

3.4 - ENTRETIEN DU DOMICILE ET AUTRES TRAVAUX DIVERS

FILASSISTANCE communique à l'Adhérent les numéros de téléphone des entreprises les plus proches de son Domicile dans les domaines suivants :

- plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie,
- peinture, tapisserie,
- réparation TV, électroménager,
- entretien divers.

Les travaux effectués (pièces et main d'œuvre) sont à la charge de l'Adhérent qui les règlera directement au(x) prestataire(s) retenu(s). Le choix final du prestataire est du ressort exclusif de l'Adhérent. **FILASSISTANCE** ne pourra être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.

3.5 - TÉLÉSECURITÉ - PRÉVENTION VOL

FILASSISTANCE renseigne l'Adhérent sur les alarmes d'habitation et la télésurveillance. Il s'agit d'un système qui, par l'intermédiaire d'un transmetteur téléphonique, relie l'alarme, installée au Domicile de l'Adhérent, à un centre de veille qui, alerté en cas d'intrusion, prend alors les mesures nécessaires.

De même, **FILASSISTANCE** met en relation l'Adhérent avec une société qui installe le matériel de télé sécurité.

Les coûts d'installation et d'abonnement sont à la charge de l'Adhérent.

3.6 - ASSISTANCE DÉMÉNAGEMENT

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise le déménagement de l'Adhérent dépendant si son changement de Domicile est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

Le coût du déménagement (transport et main d'œuvre) est à la charge de l'Adhérent qui le règlera directement au prestataire retenu. Le choix final du prestataire est du ressort exclusif de l'Adhérent. En aucun cas **FILASSISTANCE** ne pourra être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.

3.7 - SUIVI DE LA QUALITÉ DE VIE DE L'ADHÉRENT

FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut contacter l'Adhérent périodiquement (au maximum une fois par mois, pendant une période de 6 mois) afin de maintenir un contact avec l'extérieur et de connaître son ressenti quant à ses nouvelles conditions d'hébergement.

3.8 - MISE À DISPOSITION DU MATÉRIEL ADAPTÉ AUX SITUATIONS DE HANDICAP

FILASSISTANCE peut prendre en charge, en complément des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le matériel adapté aux situations de Handicap (lit, chaise roulante, etc.) avec un maximum de 770€ TTC, pour une seule intervention par année civile.

3.9 - MISE À DISPOSITION D'UN COIFFEUR À DOMICILE

FILASSISTANCE peut rechercher et prendre en charge pour l'Adhérent dépendant, la venue d'un coiffeur à Domicile exerçant dans sa Zone de résidence.

La prise en charge ne peut excéder 6 visites par année civile (avec un maximum de 250 € TTC par année civile).

