

**Cette notice d'information est relative  
au contrat d'assurance de groupe n°1730 F Décès ou PTIA  
Notice d'information Document à conserver par l'Assuré**

**Cette Notice d'information est destinée aux assurés relevant du contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire n°1730 F souscrit par l'Amicale-Vie, ci-après dénommée « le souscripteur », auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur ».**

**Elle en présente les Conditions Générales et Conditions Particulières et constitue un document d'information.**

**La notice d'information prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2021**

**Dispositions afférentes au contrat**

**Article 1 - Objet du Contrat**

Le Contrat n°1730 F, dénommé « Contrat » est à adhésion obligatoire. Il a pour objet de proposer une couverture de prévoyance comprenant des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) au bénéfice des membres participants de l'Amicale – Vie de l'Association Nationale de Retraités, répondant aux conditions prévues à l'article 6 de la présente Notice d'information.

Le Contrat est souscrit par l'Amicale – Vie, Mutuelle de l'Association Nationale de Retraités, ci-après dénommée le « Souscripteur » auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur », et ensemble « les Parties ».

Il relève des branches : 1. Accident, 2. Maladie et 20. Vie-Décès mentionnées à l'article R 321-1 du code des assurances.

Il est soumis au code des assurances et la réglementation en vigueur.

**Article 2 – prise d'effet, durée, Renouvellement et Résiliation**

Le Contrat a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 1999 pour se terminer le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à chaque 1<sup>er</sup> janvier, sauf dénonciation par le Souscripteur ou l'Assureur, par lettre recommandée, au moins deux mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation du Contrat, plus aucune adhésion des Assurés n'est recevable à compter

de sa date d'effet et les adhésions en cours prennent fin.

### **Article 3 Modification et révision du contrat**

Le Contrat objet de la présente Notice d'information peut être modifié par l'Assureur en accord avec le Souscripteur, par voie d'avenant.

En cas de modification des droits et obligations de l'Assuré, il sera porté à sa connaissance les modifications souhaitées avant l'échéance du Contrat.

Les modifications convenues interviennent au renouvellement du Contrat. Le Souscripteur du Contrat est tenu d'informer par écrit l'Assuré au moins trois (3) mois avant la date de prise d'effet.

Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de l'information aux Assurés.

Toute révision du Contrat qui résulte de l'application impérative d'un texte législatif ou réglementaire s'impose aux parties et sera donc portée au Contrat par voie d'avenant le cas échéant, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties conformément à l'article 2 de la présente Notice. Sauf mention contraire dans l'avenant, l'entrée en vigueur des modifications est fixée à la date de prise d'effet du texte qui les impose.

### **Article 4 – Définitions**

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

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

Le Décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident.

#### **Accident de la circulation :**

tout accident qui survient :

- soit au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton,
- soit à l'occasion d'un parcours effectué par l'Assuré par voie de terre, de fer, de mer ou

d'air, et à condition que l'accident mette en cause le moyen de transport utilisé.

**Assuré** : Membre participant du Souscripteur relevant de la population assurable. Il est dénommé « Candidat à l'assurance » avant la prise d'effet des garanties, et « Assuré » à compter de la prise d'effet des garanties.

**Concubin** : Personne vivant en couple avec l'Assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du code civil).

**Conjoint** : personne mariée à l'Assuré.

**Partenaire** : Personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil)..

**Délai de carence** : période durant laquelle aucune prestation n'est versée lors de la survenance d'un événement.

**Souscripteur** : la Mutuelle, Amicale - Vie (personne morale) qui signe le Contrat au bénéfice de ses membres participants..

### **Article 5 – Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance**

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

- Le Contrat n°1730 F est souscrit par Amicale – Vie de l'Association Nationale de Retraités situé au – 13, Rue des Immeubles Industriels – 75011 PARIS,
- Le Contrat n°1730 F 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 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 des cotisations est indiqué sur le certificat d'adhésion et en Annexe du bulletin d'adhésion.
- Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 14 de la présente Notice. Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte

- au nom de l'Assuré ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- **L'adhésion au Contrat est conclue pour une durée d'un an puis se renouvelle ensuite par tacite reconduction conformément à l'article 2 de la présente Notice sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnés à l'article 11 de la présente Notice.**
  - L'adhésion est conclue à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. L'adhésion disparaît rétroactivement si les pièces éventuellement demandées dans le bulletin d'adhésion n'ont pas été communiquées à l'Assureur dans un délai de quatre (4) mois à compter de la date de conclusion de l'adhésion.
  - La date de conclusion de l'adhésion est indiquée sur le certificat d'adhésion.
  - L'adhésion au contrat s'effectue selon les modalités décrites à l'article 7 de la présente Notice.
  - Les garanties d'assurance sont mentionnées aux articles 31 et 37 de la présente Notice.
  - Les exclusions du Contrat 1730 F sont précisées aux articles 33 et 39 de la présente Notice d'information.
  - L'offre contractuelle définie dans la présente Notice est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement ou à défaut, sur le bulletin d'adhésion joint.
  - Les frais afférents à la vente à distance – coûts téléphoniques, connexion internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré sont à sa charge 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 12 de la présente Notice.
  - Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, le Souscripteur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Souscripteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
  - Les modalités d'examen des réclamations sont prévues à l'Article 17 de la présente Notice.
  - Il existe un fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (Article L 423-1 du code des assurances) et 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 prévu par l'article L. 112-2 du code des assurances.
  - L'Assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrat en cours (modalités sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)).

## Dispositions afférentes à l'adhésion

### Article 6 – Population assurable

Peuvent être assurés au titre du Contrat, les Membres Participants du Souscripteur sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'adhésion décrites à l'article 7 de la présente Notice, et qu'ils soient âgés de moins de 76 ans au jour de l'adhésion.

Le membre participant et l'Assuré sont une seule et même personne physique. Il est dénommé « l'Assuré ».

### Article 7 – Adhésion au contrat

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le candidat à l'assurance. Une photocopie recto verso, datée et signée, d'une pièce d'identité en cours de validité du candidat à l'assurance devra être jointe au bulletin d'adhésion.

Ce bulletin, conservé par le Souscripteur, définit notamment la garantie choisie. Il est accompagné d'une Déclaration d'état de santé (DES) daté(e) et signé(e) par le candidat à l'assurance jusqu'à la veille de ses 71 ans et d'un questionnaire de santé (QS), daté et signé par le candidat à l'assurance à partir de 71 ans au jour de l'adhésion. Ce dernier fournit également un Relevé d'Identité Bancaire à son nom nécessaire au prélèvement automatique, sur demande, s'il opte pour des prélèvements automatiques ou le paiement par chèques conformément à l'article 14 de la présente Notice.

L'adhésion est subordonnée à une appréciation du risque effectuée par l'Assureur. Ce dernier pourra demander au candidat à l'assurance des renseignements ou examens médicaux complémentaires. L'Assureur peut également initier un contrôle médical qui est à sa charge.

## **Article 8 – Formalités médicales**

L'adhésion est acceptée d'office si le candidat à l'assurance peut répondre négativement à l'ensemble du Questionnaire de Santé ou si le candidat à l'assurance a pu dater et signer la Déclaration d'état de santé (DES).

La durée de validité du Questionnaire de Santé est de 3 mois à compter de la date de signature de ce document par le Candidat à l'assurance.

A défaut, elle est soumise à l'accord préalable du Médecin Conseil de l'Assureur qui statue au vu du Questionnaire de Santé complété, et si il y a lieu, par une visite médicale auprès d'un médecin désigné par l'Assureur.

En fonction de l'état de santé de l'Assuré au moment de sa demande de souscription au Contrat, la souscription peut faire l'objet de l'une des réponses suivantes :

- Acceptation,
- Refus,

La décision de l'Assureur est notifiée directement à l'Assuré.

Une copie de la notification de décision d'entrée dans l'assurance de l'assureur est adressée, pour information, à l'Amicale Vie.

L'Assuré dispose d'un délai de 15 jours pour communiquer sa décision à l'Assureur. Si l'Assureur émet des exclusions suite à l'étude du Questionnaire de Santé, la souscription prend effet après le retour de l'accord du Candidat à l'assurance quant aux exclusions et/ou sur-cotisation éventuelles dans les mêmes conditions définies ci-dessus.

Les conditions d'acceptation dans l'assurance donnent lieu à délivrance de conditions particulières dans lesquelles sont mentionnées les dispositions tarifaires.

## **Article 9 – Fausse déclaration**

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part du Souscripteur entraîne la nullité de la souscription ou la réduction des garanties

conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

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

## **Article 10 - Date de conclusion, prise d'effet et durée de l'adhésion**

### **10.1 - Date de conclusion, et durée de l'adhésion**

L'adhésion est conclue à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation, au plus tôt :

- Soit le premier jour du mois qui suit la date de signature du bulletin d'adhésion si le candidat à l'assurance n'a pas d'obligation de transmettre des éléments des formalités médicales,
- Soit le premier jour du mois qui suit l'acceptation de l'Assureur lorsqu'il existe des formalités médicales à compléter pour le Candidat à l'assurance

**L'adhésion prend effet à l'une de ces dates, sous réserve que l'Assuré ne fasse pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin d'adhésion de la proposition d'assurance.**

L'adhésion se termine le 31 décembre suivant et elle se reconduit annuellement par tacite reconduction **sauf cas de cessation de l'adhésion indiqués à l'article 11 de la présente Notice.**

### **10.2 – Prise d'effet des garanties**

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion conformément à l'article 10.1 de la présente Notice.

En cas de défaut du paiement de la cotisation par l'Assuré, la date de prise d'effet de l'assurance est reportée au premier jour du mois suivant la date effective du paiement de celle-ci.



## Article 11 – Cessation de l'adhésion

### En tout état de cause l'adhésion prend fin :

- soit en cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré. La demande de résiliation doit être adressée par l'Assuré à l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception deux (2) mois avant la date de renouvellement.
- soit en cas de dénonciation de l'adhésion par l'Assuré en cas de modification du contrat d'assurance de groupe. L'Assuré est informé par courrier des éventuelles modifications apportées au contrat d'assurance de groupe trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Si l'Assuré ne souhaite pas poursuivre son adhésion suite à une modification du Contrat d'assurance de groupe, il peut en demander la résiliation par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai de trente (30) jours suivant la connaissance de l'évènement. La résiliation prend effet le 1er jour du mois suivant la date de réception du courrier de l'Assuré refusant la ou les modifications, le cachet de la poste faisant foi.
- soit en cas de non paiement de la cotisation par l'Assuré selon les modalités fixées à l'article 15 de la présente notice.
- soit en cas de décès de l'Assuré.
- soit à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré a perdu sa qualité de membre du Souscripteur. Toutefois, le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS, Adhérent au Contrat, en tant qu'ayant droit du membre participant du souscripteur, peut néanmoins conserver son adhésion au Contrat.
- soit en cas de résiliation du Contrat d'assurance par le Souscripteur ou par l'Assureur, conformément aux modalités prévues à l'article 2 de la présente Notice,
- soit en cas d'application des dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances par l'Assureur.
- soit au terme de l'exercice au cours duquel l'Assuré atteint 65 ans pour la garantie PTIA.

## Article 12 - Droit à renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance

*"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."* En vertu de l'article L 112-9 alinéa 1er du code des assurances.

### 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.

**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 la renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit retourner au souscripteur 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°1730 F « Nom du contrat d'assurance » 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 :

**L'Association Amicale – Vie de l'Association Nationale de Retraité**

13 , Rue des Immeubles Industriels,  
75011 PARIS

**c) Effets de la renonciation :**

Le Souscripteur 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.

**Dispositions afférentes aux cotisations**

**Article 13. – Montant des cotisations**

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle dont le montant est obtenu par l'application d'un taux défini en Annexe du bulletin d'adhésion.

**Article 14. – Modalités de paiement des cotisations**

Le Souscripteur procède à l'appel des cotisations auprès des Assurés et à leur reversement à l'Assureur. Le Souscripteur est seul tenu au paiement des cotisations à l'égard de l'Assureur.

La cotisation annuelle est payable d'avance par prélèvement automatique ou chèque par débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement de crédit domicilié en France.

La première cotisation est calculée au prorata temporis des mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année de l'adhésion.

En cas d'application du Délai de carence, l'Assureur ou le Souscripteur s'engage au remboursement intégral, des cotisations perçues, au(x) bénéficiaire(s).

**Article 15. - Défaut de paiement des cotisations**

A défaut de paiement d'une cotisation annuelle ou d'une fraction de cotisation annuelle dans ce délai, l'Assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure au Souscripteur dix (10) jours au plus tôt après l'échéance impayée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la possibilité de procéder à la résiliation du Contrat conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation par l'Assuré dans les dix (10) jours suivant son échéance, le Souscripteur doit exclure cet Assuré, après l'avoir informé, par lettre recommandée de mise en demeure adressée à son dernier domicile connu, que le non-paiement entraînera son exclusion du Contrat quarante (40) jours après l'envoi de ce courrier, si la cotisation ou la fraction de cotisation due demeure impayée à cette échéance, conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances.

**Dispositions afférentes aux droits et Information des assurés**

**Article 16 – Information des Assurés**

Le Souscripteur remet aux Assurés sur délégation de l'Assureur, la présente notice d'information relative au Contrat, établie par l'Assureur, qui définit notamment la nature et le montant des garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la présente Notice d'information.

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

## **Article 17 – Renseignements - Réclamations - Médiation**

Pour toutes demandes de renseignements sur l'interprétation du Contrat ou toutes réclamations, elles doivent être formulées selon les dispositions suivantes :

Pour toute demande d'information relative à l'admission dans l'assurance ou pour toute réclamation écrite relative à un sinistre, l'Assuré et ses Ayants-droit doivent s'adresser à :

**AMICALE – VIE**  
**Mutuelle de l'Association Nationale de Retraité**  
**Service Sinistre**  
**13 , Rue des Immeubles Industriels – 75011 PARIS**  
**TEL. 01.43.79.21.28 ( prix d'un appel local)**  
**Courriel : siege@amicale-vie.fr**

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

En cas de désaccord avec l'Association Amicale-Vie, relatif à l'admission dans l'assurance, le candidat à l'assurance peut transmettre sa demande à l'Assureur, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation à l'adresse suivante :

**CNP Assurances**  
**Service Souscription**  
**TSA 57161**  
**4, place Raoul Dautry**  
**75716 Paris cedex 15.**  
**reclamations-souscription@cnp.fr**  
**Tél. : 01 42 18 85 25 ( appel non-surtaxé)**  
**Fax : 01 42 18 79 00**

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'intéressé peut, le cas échéant s'adresser à :

**La Médiation de l'Assurance**  
**TSA 50110**  
**75441 Paris Cedex 09**

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

## **Article 18 – Loi Applicable - Langue utilisée**

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Souscripteur s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

## **Article 19 – Coût inhérent au mode de commercialisation**

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

## **Article 20 – Lutte anti-blanchiment**

Comme toute compagnie d'assurance, 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, le Souscripteur a l'obligation d'identifier et de connaître les Assurés. Les informations ainsi recueillies sont rendues accessibles à l'Assureur afin de lui permettre de respecter les obligations auxquelles il est soumis. Le Souscripteur atteste de l'origine des fonds destinés au paiement des primes et des cotisations du Contrat d'assurance.

## **Article 21 – Subrogation**

Conformément à l'article 29 3° de la loi du 5 juillet 1985 et à l'article L. 131-2 du code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré victime contre le tiers responsable.

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

## **Article 22 – Territorialité**

Les garanties ne sont acquises qu'aux Assurés résidant en France métropolitaine et dans les DROM COM.

## Article 23 – 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.

**Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, ce délai est porté à dix (10) ans à compter de sa connaissance du décès. La prescription est portée à dix (10) 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 (30) ans suivant le 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 ou d'un envoi recommandé électronique 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 24 - Autorité chargée du contrôle

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

## Dispositions communes aux garanties

### Article 25 – Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion conformément à l'article 10.1 de la présente Notice.

### Article 26 – Mise en œuvre de la garantie

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Assuré ou de ses ayants droit qui présentent à l'appui de leur demande les justificatifs nécessaires.

Le Souscripteur assure la réception des demandes de prestation et centralise les pièces justificatives.

Le Souscripteur tient à la disposition de l'Assuré qui le souhaiterait une enveloppe lui permettant d'adresser sous pli confidentiel ses pièces médicales au Médecin-Conseil de l'Assureur.

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

**CNP Assurances  
TSA 67162  
4 place Raoul Dautry  
75716 Paris cedex 15**

L'Assureur se réserve la faculté de faire examiner l'Assuré par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre de la garantie PTIA et de la poursuite du service des prestations à l'article 27-1 de la présente Notice.

Si l'Assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance et le cas échéant, le service des prestations est suspendu dix (10) jours après l'envoi d'une mise en demeure, par lettre recommandée, adressée au dernier domicile connu de l'Assuré et dont une copie sera transmise au Souscripteur.



La production des justificatifs définis à l'article 36 et à l'article 42 de la présente Notice est impérative pour obtenir le paiement des prestations.

## **Article 27 – Contrôle médical – conciliation – tierce expertise**

### **27.1- Contrôle médical**

A la réception de la demande de prestation au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accompagnée des documents précités, l'Assureur peut faire procéder à l'examen de l'Assuré par les soins d'un médecin désigné par lui. Au vu des conclusions du rapport médical, l'Assureur statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande et notifie sa décision à l'intéressé par l'intermédiaire du Souscripteur.

### **Article 27.2 - Conciliation**

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation suite à ce contrôle.

Pour ce faire, l'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur dans les trois (3) mois suivants la notification de la décision :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert,
- et
- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin-contrôleur de l'Assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après à l'article 27.3 de la présente Notice est mise en œuvre.

## **Article 27.3 - Tierce Expertise**

L'Assureur invite son Médecin-contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers-expert afin de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

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

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

## **Article 28. – Modification en cours de vie du Contrat**

En cours d'assurance, lors du renouvellement annuel, l'Assuré peut demander à changer de tranche de garantie, à la baisse sans aucune formalité médicale.

Si l'Assuré souhaite baisser la garantie, il doit en aviser l'Assureur par lettre recommandée. La modification prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation par l'Assureur.

Il peut également demander au Souscripteur, par lettre recommandée avec avis de réception, une augmentation de garantie.

Les augmentations de garantie pour les classes 1 à 3 sont possibles jusqu'à 75 ans révolus, avec production d'un nouveau questionnaire de santé pour les Assurés de plus de 71 ans.

Les augmentations de garantie pour les classes 4 à 10 ne sont plus recevables après 70 ans révolus.

L'augmentation prend effet au 1er janvier de l'exercice qui suit l'acceptation de l'Assureur, qui est notifiée à l'Assuré par le Souscripteur.

**Par dérogation à ce qui précède, et uniquement pour les Assurés ayant adhéré au contrat avant le 31 décembre 2012, les augmentations de garanties pour les classes 1 à 10 sont recevables jusqu'à 76 ans.**

Toutes les modifications sont faites aux conditions de garantie et de cotisations en vigueur à la date de prise d'effet de la modification.

## Article 29 – Revalorisation des prestations et des cotisations

Le montant de la garantie et des cotisations peuvent être revalorisés chaque 1er janvier d'un commun accord entre le Souscripteur et l'Assureur.

## Article 30. – Cessation des garanties

Les garanties cessent dans l'un des cas suivants:

- à la date à laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions visées à l'article 6,
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 15 de la présente notice,
- à la date du décès de l'Assuré,
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat collectif.
- pour la garantie PTIA, au terme de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré atteint ses 65 ans

## Garantie en cas de Décès et PTIA toutes causes

### Article 31 – objet de la garantie Décès et PTIA toutes causes

La garantie a pour objet le versement d'un capital forfaitaire déterminé par le candidat à l'assurance lors de son adhésion et indiqué sur son bulletin d'adhésion. En cas de décès ou en cas Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré survenant pendant la période de garantie le capital sera versé à l'Assuré en cas de PTIA ou au(x) bénéficiaire(s) désignés en cas de Décès.

### Application du Délai de carence en cas de Décès :

Le Délai de carence tel que défini à l'article 4 est décompté à partir de la date de conclusion de l'adhésion pour une période de 365 jours. Tout sinistre survenant pendant ce Délai de carence, au titre de la garantie Décès, n'est pas couvert sauf si elle résulte d'un Accident tel que défini à l'article 4 et à l'article 38 de la présente Notice. Le cas échéant, les cotisations initialement perçues seront intégralement remboursées.

En cas de modification des garanties en cours de contrat, la dernière notification remise à l'Assuré prévaudra au bulletin d'adhésion de l'Assuré.

## Article 32 – Définitions

Est considéré en état de PTIA, l'Assuré réunissant simultanément les trois conditions suivantes et sans que l'Assureur ne soit tenu par une éventuelle décision de la Sécurité sociale (ou de l'organisme de protection sociale obligatoire dont dépend l'Assuré) :

- ❖ l'invalidité dont il est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- ❖ elle le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer),
- ❖ la date de survenance du sinistre reconnue par l'Assureur se situe avant son 65ème anniversaire.

Le versement d'une pension dans le cadre de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale par classement en 3ème catégorie ou d'une rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles avec un taux d'incapacité égal à 100 %, constitue l'un des éléments de nature à justifier cet état.

Pour permettre d'évaluer la réalité de la PTIA, l'Assureur se réserve le droit de faire pratiquer un examen médical à ses frais auprès d'un médecin désigné par ses soins.

## Article 33 – Risques exclus

**Ne sont pas garanties et ne donnent lieu à aucun paiement, pour les garanties Décès et PTIA toutes causes, les conséquences :**

- du suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance,
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'Assuré, dès lors que ce bénéficiaire est condamné,
- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroule ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré,
- de démonstrations, raids, acrobaties, compétitions, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,

- de vols sur ailes volantes, ULM, de la pratique de parapente.
- de sauts effectués avec des parachutes non homologués.
- des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atomes.

### Article 34 – Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- au conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, ou à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé, à défaut au concubin au sens de l'article 515-8 du Code Civil,
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, par parts égales entre eux, à défaut de l'un ayant renoncé au bénéfice de l'assurance ou étant décédé avant ou après l'adhésion pour sa part ses descendants, par parts égales entre eux, ou, s'il n'y a pas de descendant, les autres enfants de l'Assuré, par parts égales entre eux,
- à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- à défaut aux héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de son choix dans le bulletin d'adhésion.

#### Désignation expresse de bénéficiaire(s)

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

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé par le Souscripteur, dans les plus brefs délais, à l'Assureur.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré est invité à renseigner au moins les nom(s) de naissance, prénom(s), date et lieu de naissance du bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisés par CNP Assurances en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du ou des bénéficiaire(s). Ceci s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance à tout moment. Il devient bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du bénéficiaire et de l'Assureur.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'Assuré et du bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle aura été notifiée par écrit à l'Assureur.

Cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec l'accord écrit du bénéficiaire acceptant, sauf cas particulier prévu par le code des assurances et le Code civil.

Le bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier enfant de l'Assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du ou des bénéficiaire(s) ou à son (ses) représentant(s) légal (légaux).

- Le capital garanti en cas de PTIA est versé à l'Assuré ou à son représentant légal.

### Article 35 – Prestations

Le capital garanti fixé au bulletin d'adhésion est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) aura été apportée. L'assurance en cas de décès prend fin lors du règlement du capital PTIA. Si l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA et avant son règlement, c'est le capital garanti en cas de décès qui sera versé.

Le capital est versé à compter du décès de l'Assuré ou de la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur. Dans le cas où le bénéficiaire est mineur ou lorsqu'il est sous un régime de protection juridique (mandat spécial, curatelle ou tutelle), le capital est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du bénéficiaire.

## Article 36 – Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être envoyées à l'adresse suivante :

**CNP ASSURANCES**  
**SERVICE RELATIONS CLIENTS – PG23**  
**TSA 21668**  
**75716 PARIS CEDEX 15.**

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces visées ci-dessous :

### - En cas de décès :

Les bénéficiaires doivent fournir au Souscripteur, par délégation de l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du décès, les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause du décès,
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des bénéficiaire(s) ou de son (ses) représentant(s),
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s),

### et le cas échéant :

- la désignation de bénéficiaire(s) par acte authentique ou par acte sous seing privé si celle-ci n'est pas (jointe) au bulletin d'adhésion,
- pour un Assuré marié : un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales, une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le conjoint, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé,
- pour un Assuré ayant conclu un PACS : une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé,
- pour un Assuré en concubinage : une attestation de concubinage délivrée par la mairie,

ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms,

- pour chacun des bénéficiaires désignés : un extrait d'acte de naissance,
- pour chacun des héritiers : un acte de notoriété, un certificat de propriété, un certificat d'hérédité,
- de toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-Verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès.

### - En cas de PTIA :

L'Assuré doit fournir au Souscripteur par délégation de l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, les pièces suivantes :

- un extrait d'acte de naissance de l'Assuré,
  - un certificat médical attestant que l'Assuré est en état de PTIA tel que défini à l'Article 32 de la présente Notice, et précisant si possible la cause de la PTIA,
  - une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité de l'Assuré en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son représentant,
  - un relevé d'identité bancaire au nom de l'Assuré ou, le cas échéant, de son représentant,
  - la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3ème catégorie ou un taux d'incapacité de 100 % en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
- ou
- la décision de reconnaissance de la PTIA par le régime obligatoire de base de l'Assuré si l'Assuré ne relève pas du régime général de la Sécurité sociale,
  - et le cas échéant de toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-Verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause de la PTIA.



## **Garantie en cas de Décès et PTIA Accidentels**

### **Article 37 – Objet de la garantie**

La garantie a pour objet le versement d'un capital forfaitaire déterminé par le candidat à l'assurance lors de son adhésion et indiqué sur son bulletin d'adhésion, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentels d'un Assuré survenant pendant la période de garantie. Le capital sera versé à l'Assuré en cas de PTIA ou au(x) bénéficiaire(s) désignés en cas de Décès.

### **Article 38 – Définitions**

La PTIA Accidentelle reconnue par l'Assureur doit résulter d'un Accident tel que défini à l'article 4 de la présente Notice et ci-dessous.

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.

Le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est considéré(e) comme accidentel(le) lorsqu'il (elle) survient soit immédiatement, soit dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident.

On entend par « accident de circulation » tout accident qui survient :

- soit au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton,
- soit à l'occasion d'un parcours effectué par l'Assuré par voie de terre, de fer, de mer ou d'air, et à condition que l'accident mette en cause le moyen de transport utilisé.

### **Article 39 – Risques exclus**

**Ne sont pas garanties et ne donnent lieu à aucun paiement, pour les garanties Décès et PTIA accidentels, les conséquences :**

- de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroule ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré,

- de démonstrations, raids, acrobaties, compétitions, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- de vols sur ailes volantes, ULM, de la pratique de parapente.
- de sauts effectués avec des parachutes non homologués.

### **Article 40 – Bénéficiaires**

Les prestations dues sont versées aux mêmes personnes et selon les mêmes conditions que celles indiquées à l'Article 34 de la présente Notice.

### **Article 41 – Prestations**

Si le candidat à l'assurance a choisi d'être couvert contre les risques Décès Accidentel ou PTIA Accidentelle tels que définis à l'article 38 de la présente Notice, le montant est :

- ❖ **doublé du capital Décès/PTIA toutes causes en cas d'Accident ou**
- ❖ **triplé du capital Décès/PTIA toute causes en cas d'Accident de la circulation.**

Le capital est versé à compter du décès de l'Assuré ou de la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur. Le Souscripteur reverse alors le capital au(x) bénéficiaire(s). Dans le cas où le bénéficiaire est mineur ou lorsqu'il est sous un régime de protection juridique (mandat spécial, curatelle ou tutelle), le capital est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du bénéficiaire.

### **Article 42 – Formalités en cas de sinistre**

Les demandes de prestations doivent être accompagnées :

- des pièces définies à l'Article 36 de la présente Notice et selon les mêmes conditions et
- de toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'accident et le décès ou la PTIA.

**La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la PTIA de l'Assuré, ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent au(x) bénéficiaire(s).**