



Assurons
un monde
plus ouvert

DIRECTION PROTECTION SOCIALE

JURIDIQUE CONTRACTUEL

REF CNP ASSURANCES : 2025NI16202514



Notice d'information
relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative
de Décès, Invalidité permanente et Absolue et Dépendance des
Membres participants et Membres honoraires de la

Mgéfi
groupe matmut 

Cette notice d'information est destinée aux assurés du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° M022 PREMIO (le « Contrat »), souscrit par la MGEFI, ci-après dénommée « le Souscripteur », auprès de CNP Assurances ci-après dénommée « l'Assureur ».

Elle constitue un résumé du Contrat, qui comporte des Conditions Générales et Particulières. La présente Notice prend effet le 1^{er} janvier 2026.

I. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT

1. Objet du contrat

Le Contrat n° M022 PREMJO est constitué de ses Conditions Générales et Particulières et de leurs avenants le cas échéant.

Il a pour objet de proposer une couverture prévoyance comprenant des garanties Décès, Invalidité Permanente Absolue (IPA), Rente viagère pour enfant handicapé et Dépendance au bénéfice des Assurés du Contrat.

La nature et le montant des garanties retenues par le Souscripteur pour les Assurés sont précisés en Annexe 2 de la présente Notice.

Le Contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'Assureur », relevant des branches : 1. Accidents, 2. Maladie et 20. Vie-Décès mentionnées à l'article R. 321-1 du Code des assurances.

La loi applicable au présent Contrat est la loi française et plus spécifiquement le Code des assurances. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

2. Définitions

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré. Sont réputés répondre à cette définition les accidents de services reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.

Les événements liés à des actes médicaux ou chirurgicaux ne sont pas considérés comme accidentels, s'ils ne découlent pas directement et exclusivement de l'Accident.

La preuve du lien de causalité entre l'Accident et la réalisation d'un risque susceptible de mettre en jeu une prestation garantie par le Contrat, incombe au bénéficiaire.

ACTE AUTHENTIQUE : écrit rédigé par un officier ministériel.

ACTE SOUS SEING PRIVÉ : écrit rédigé par des personnes privées.

ADHÉRENT : Personne répondant aux conditions d'adhésion indiquées à l'article 6 de la présente Notice et acquittant sa cotisation.

ASSURÉ : l'Adhérent.

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

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

CONCUBIN : personne physique 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, non divorcée et non séparée de corps judiciairement.

DÉLAI DE FRANCHISE : période durant laquelle aucune prestation n'est versée. La durée du délai de franchise pour la garantie Dépendance est fixé dans la présente Notice et elle est constituée de jours continus pour ouvrir droit aux prestations.

ENFANT À CHARGE DE L'ASSURÉ : Sont considérés comme Enfants à charge de l'Assuré, les enfants :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 28 ans :
 - s'ils poursuivent leurs études ;
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à France Travail ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage.

- quel que soit leur âge s'ils sont handicapés et titulaires de la carte mobilité inclusion prévue par le Code de l'action sociale et des familles.

FONCTIONNAIRE : personne employée et nommée par une personne publique pour emploi permanent et titularisée à son poste dans un grade de la hiérarchie administrative. Le traitement de ce dernier est calculé par référence aux indices de la Fonction publique.

GESTIONNAIRE : le ou les organisme(s) qui est/sont en charge en vertu d'une délégation par l'Assureur de la gestion des adhésions, des cotisations, et des prestations pour les échanges avec les Assurés et le Souscripteur, tel(s) que visé(s) en Annexe 2.

MEMBRE PARTICIPANT : Membre de la Mutuelle souscriptrice du Code défini dans ses statuts.

NON-FONCTIONNAIRE : personne ne remplissant pas les conditions pour être fonctionnaire.

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

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

PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PASS) OU PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) : plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations. Le montant des plafonds est consultable sur le site <https://www.ameli.fr>

POINT DE LA FONCTION PUBLIQUE : [la valeur annuelle du traitement et du solde afférent à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur annuelle du traitement afférent à l'indice 100 majoré est portée à 5 907,34 euros depuis le 1^{er} juillet 2023. Afin de connaître l'évolution annuelle de la valeur du point, se référer au site : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F461>

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

SOUSCRIPTEUR : la personne morale qui souscrit le Contrat au bénéfice des Assurés visés en Annexe 2.

TRAITEMENT INDICIAIRE BRUT (TIB) : valeur de l'indice net majoré multiplié par le point de la fonction publique d'Etat à la date de calcul. Le TIB s'entend hors prime spéciale de résultats, prime de grade et de sujétion et hors prime de fonction.

SALAIRE OU TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE : il s'agit de la rémunération servant de référence pour déterminer la base des garanties.

3. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Les informations précontractuelles spécifiques de la vente à distance sont :

- Le Contrat n° M022 PREMJO est assuré par CNP Assurances – Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Nanterre – dont le siège social est situé 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux.
- Le Contrat n° M022 PREMJO est souscrit par la Mutuelle Générale de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, Immatriculée sous le numéro SIREN 499 982

098 ayant son siège social au 6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10.

- La gestion du contrat est déléguée à la Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, Immatriculée sous le numéro SIREN 499 982 098 ayant son siège social au 6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10.
- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.
- Le montant de la cotisation est indiqué sur le Certificat d'adhésion.
- L'adhésion prend fin le 31 décembre suivant sa date de conclusion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction conformément à l'article 10 de la présente Notice, sauf cas de cessation de l'adhésion mentionnés à l'article 12 de la présente Notice.
- Les garanties sont mentionnées à l'article 34, 39, 44, 48 et 53 de la présente Notice.
- Les exclusions du Contrat n° M022 PREMJO sont précisées aux articles 35 et 40 de la présente Notice.
- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 10 et 27 de la présente Notice.
- L'adhésion au Contrat n° M022 PREMJO s'effectue selon les modalités décrites à l'article 7 de la présente Notice.
- Les modalités de versement des cotisations sont indiquées à l'article 15 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 État membre de l'Union européenne ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
- Les frais afférents à la vente à distance – coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de port liés à l'envoi des documents contractuels par l'Assuré – sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 8 de la présente Notice.
- Les relations contractuelles et précontractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et le Souscripteur utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 19 de la présente Notice.
- Il existe un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).
- L'Assuré a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui lui permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels il n'a pas de contrats en cours (modalités sur le site www.bloctel.gouv.fr).

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

Le Contrat prend effet le 1^{er} janvier 2026 et reste en vigueur jusqu'au trente et un (31) décembre de l'année civile engagée.

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

Résiliation du Contrat par l'Assureur

La résiliation du Contrat par l'Assureur s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée au plus tard le trente et un (31) octobre de l'année en cours (cachet de La Poste faisant foi) pour une prise d'effet au 31 décembre à minuit.

En outre, l'Assureur peut résilier le Contrat en cas de fausse déclaration du Souscripteur et/ou de l'Assuré dans les conditions prévues 13 de la présente Notice.

Résiliation du Contrat par le Souscripteur

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

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

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

En cas de demande de résiliation par internet, le Gestionnaire confirmera la réception de la notification de la résiliation par voie électronique.

5. Modification des garanties et révision du contrat

5.1 - Modification du Contrat

Les Conditions Générales et/ou les Conditions Particulières peuvent être modifiées par l'Assureur en accord avec le Souscripteur, par voie d'avenant au Contrat d'assurance de groupe.

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

En cas de modification des droits et obligations des Assurés, le Souscripteur est tenu de les informer par écrit au moins trois (3) mois avant la date de prise d'effet de la modification. Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de cette information aux Assurés.

En cas de modification de ses droits et obligations, l'Assuré peut mettre fin à son adhésion dans un délai de trente (30) jours suivant la date de réception de la notification des modifications, le cachet de la Poste faisant foi. La dénonciation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du courrier refusant la ou les modification(s), le cachet de la Poste faisant foi.

Cette dénonciation vaut tant pour l'Assuré que pour ses éventuels Ayants droit.

5.2 - Révision du Contrat

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

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

II. DISPOSITIONS AFFÉRENTES À L'ADHÉSION

6. Groupe assuré

L'adhésion au Contrat est facultative.

Peuvent adhérer au Contrat, l'ensemble du personnel fonctionnaire (titulaire et stagiaire), les agents de droit public et les retraités ayant la qualité de membre participant ou de membre honoraire du Souscripteur ainsi que leur conjoint.

L'adhésion au Contrat est limitée à l'âge de soixante-quinze (75) ans.

7. Formalités d'adhésion au Contrat

Article 7.1. Formalités d'adhésion sans sélection médicale

L'agent doit remplir un bulletin de demande d'adhésion au Contrat selon le modèle établi par l'Assureur, par lequel il précise son identité, l'option de garantie choisie et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture.

Il donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information du Contrat et indique le cas échéant, les bénéficiaires du capital décès dans les conditions prévues à l'Article 36 de la présente Notice.

Cette demande d'adhésion est datée et signée par le candidat à l'assurance.

Les Candidats à l'assurance âgés de moins de cinquante (50) ans ne sont soumis à aucune formalités médicales.

Les Candidats à l'assurance de plus de cinquante (50) ans ne sont soumis à aucune formalités médicales lorsque la demande d'adhésion est formulée dans les six (6) mois suivant le 1^{er} janvier 2026.

L'âge pris en compte est celui atteint par le Candidat à l'assurance au 1^{er} janvier de l'année de la demande d'adhésion.

Article 7.1.1 Formalités d'adhésion avec sélection médicale

L'agent doit remplir un bulletin de demande d'adhésion au Contrat selon le modèle établi par l'Assureur, par lequel il précise son identité, l'option de garantie choisie et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture.

Le Candidat à l'assurance de plus de cinquante (50) ans doit remplir un questionnaire de santé lorsqu'il demande à adhérer au Contrat à compter du 1^{er} juillet 2026.

Ce questionnaire est adressé sous pli confidentiel par le Candidat à l'assurance au Médecin-Conseil de l'Assureur à l'adresse suivante :

MGEFI

Service Prévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10

La durée de validité du questionnaire de santé est de trois (3) mois à compter de la date de signature apposée par le Candidat à l'assurance.

L'adhésion est soumise à l'acceptation du Médecin-conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le Candidat à l'assurance au questionnaire de santé et de toute autre pièce demandée par le Médecin-conseil.

Au terme de l'examen du dossier médical du, l'Assureur peut :

- Accepter la demande d'adhésion sans réserve ;
- Accepter la demande d'adhésion avec une ou plusieurs exclusion(s) de pathologies ;
- Ajourner sa décision dans l'attente de pièces complémentaires sollicitées par l'Assureur ;
- Refuser la demande d'adhésion.

La décision de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire du Gestionnaire.

8. Renonciation à l'adhésion

Article 8.1 - Délai de renonciation

« 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 ».

Quel que soit le mode de commercialisation (vente par démarchage, vente à distance ou vente en face à face), l'Assuré bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion (article L. 112-9 du code des assurances).

Pendant cette période de quatorze (14) jours, aucune cotisation n'est due, et les garanties ne prennent pas effet. Un sinistre survenant pendant cette période ne donne donc pas lieu à prise en charge.

L'Assuré a toutefois la possibilité de demander, lors de son adhésion, la mise en œuvre immédiate de la garantie. Dans cette hypothèse, et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la garantie prend effet à la date de conclusion de l'adhésion, l'Assuré conservant malgré tout et sauf survenance d'un sinistre couvert pendant le délai de quatorze (14) jours, la possibilité de renoncer à son adhésion dans le délai et les conditions prévus au présent article.

Article 8.2 - Exemple de courrier de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Gestionnaire du Contrat une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme)..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° M022 que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion). Le (Date et signature) ».

Article 8.3 - Effets de la renonciation

Le Gestionnaire procède alors au remboursement sur le compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

Les effets sur l'adhésion au Contrat d'assurance varient en fonction de son mode de commercialisation :

- si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Gestionnaire de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.
- si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation annuelle dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

Pour exercer ce droit de renonciation, l'Assuré doit notifier sa volonté de renoncer à son adhésion par lettre ou tout autre moyen.

9. Choix de l'option et délai de carence

Article 9.1 - Choix initial de l'option par le Candidat à l'assurance

A l'adhésion, le Candidat à l'assurance choisit l'une des options visées en Annexe 2 de la présente Notice. Les niveaux de garanties sont également définis en Annexe 2.

Article 9.2 - Modification du choix de l'option par l'Assuré

En cours de Contrat, l'Assuré peut changer d'option soit à la hausse (passage de l'option 1 à l'option 2) ou à la baisse (passage de l'option 2 à l'option 1). La demande de modification doit être formulée au plus tard le 31 octobre et prend effet le 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande.

En cas de modification du choix de l'option à la baisse (passage de l'option 2 à l'option 1) :

- Aucun délai de carence n'est appliqué ;
- Aucun questionnaire de santé n'est exigé.

En cas de modification du choix de l'option à la hausse (passage de l'option 1 à l'option 2) :

- L'adhésion est soumise à l'acceptation du Médecin-Conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le Candidat à l'assurance au questionnaire de santé ;
- Un délai de carence de six (6) mois s'applique au cours duquel, l'Assuré continue de bénéficier des garanties de l'option 1. Ce délai de carence commence à courir à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande de changement d'option. Passé ce délai de six (6) mois, l'Assuré bénéficie des garanties offertes par l'option 2.

En cas de changement d'option, le montant des cotisations dues par l'Assuré sera modifié conformément à l'Annexe 2 à compter de l'entrée en vigueur de la nouvelle option.

Pour le calcul du montant de cotisation, la situation de l'Assuré (activité, âge) s'apprécie à la date d'entrée en vigueur du changement d'option.

Article 9.3 – Choix d'option pour les Assurés ayant adhéré au Contrat avant le 1^{er} janvier 2026

Pour les Assurés ayant adhéré au présent Contrat avant le 1^{er} janvier 2026 et choisi l'option 1, cette option est maintenue. Ils ont la possibilité d'opter pour l'option 2 sans sélection médicale pendant six (6) mois suivant le 1^{er} janvier 2026.

Pour les Assurés ayant adhéré au présent Contrat avant le 1^{er} janvier 2026 et choisi l'option 2, cette option est maintenue. Ils ont également la possibilité d'opter pour l'option 1 sans sélection médicale pendant six (6) mois suivant le 1^{er} janvier 2026.

10. Prise d'effet et durée de l'adhésion au Contrat

L'adhésion prend effet le premier (1^{er}) jour du mois qui suit la demande d'adhésion.

Par exception, dans le cas d'une adhésion au Contrat soumise à formalité médicale, celle-ci prend effet au premier (1^{er}) jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur et l'Assuré.

L'adhésion prend effet sous réserve du paiement de la cotisation.

Le renouvellement des garanties et de l'adhésion se fait annuellement par tacite reconduction à l'échéance annuelle, soit à chaque 1^{er} janvier, sous réserve du paiement des cotisations.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion de l'Assuré sont couverts au titre du Contrat.

11. Résiliation de l'adhésion au Contrat

L'Assuré peut dénoncer son adhésion auprès du Gestionnaire :

- Chaque année, en respectant un délai de préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle. La résiliation prend effet au 31 décembre de l'année en cours à minuit.
- En cas de modification de ses droits et obligations, l'Assuré peut mettre fin à son adhésion dans un délai de trente (30) jours suivant la date de réception de la notification des modifications, le cachet de la Poste faisant foi. La cessation de l'adhésion prend effet à l'échéance mensuelle qui suit la réception par le Gestionnaire de la demande.
- En cas de changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité

professionnelle dans les conditions prévues à l'article L. 113-16 du Code des assurances. La résiliation prend effet un (1) mois après que le Gestionnaire en a reçu notification.

- En cas de non-acceptation de la révision de la cotisation prévue à l'article 16 de la présente Notice. La résiliation doit être réalisée dans un délai de trente (30) jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du Contrat. La résiliation de l'adhésion prend effet au 31 décembre de l'année en cours à minuit.

L'Assuré peut résilier son adhésion, par l'un des moyens énoncés ci-dessous :

- 1° lettre ou par tout autre Support durable,
- 2° déclaration faite au siège social du Gestionnaire,
- 3° acte extrajudiciaire,
- 4° communication à distance lorsque le Contrat le propose pour la souscription,
- 5° par voie électronique en remplissant le formulaire de résiliation sur le site internet de l'Assureur (www.cnp.fr) ou le cas échéant du Gestionnaire.

Le Gestionnaire confirmera par écrit la réception de la notification de la résiliation.

En cas de demande de résiliation par internet, le Gestionnaire confirmera la réception de la notification de la résiliation par voie électronique.

Conformément à l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Evin », la résiliation de l'adhésion de l'Assuré est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son adhésion au Contrat. En cas de résiliation de l'adhésion, le versement des prestations périodiques se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation de l'adhésion.

12. Cessation de l'adhésion au Contrat

L'adhésion au contrat cesse en cas de :

- décès de l'Assuré, au jour du décès ;
- non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 17 de la présente Notice ;
- résiliation de l'adhésion par l'Assuré ;
- résiliation du Contrat entre le Souscripteur et l'Assureur.

13. 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 /ou bénéficiaire(s) entraîne, quelle que soit la garantie mise en jeu, la nullité de la couverture de l'Assuré et de son (ses) éventuel(s) bénéficiaire(s) ou la réduction des garanties conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

III. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS

14. Cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, telle que définie ci-dessous.

Le montant de la cotisation annuelle due par les Assurés est calculé en fonction de l'âge de l'Assuré au 1^{er} janvier de l'année de la demande d'adhésion et de l'option choisie, en application du barème défini en Annexe 2 de la présente Notice.

15. Paiement des cotisations

Les Assurés sont débiteurs de l'ensemble des cotisations à l'égard de l'Assureur.

La cotisation annuelle est payable par les Assurés mensuellement à terme à échoir dans les trente (30) jours précédents chaque échéance. Le paiement de la cotisation est effectué par le débit d'un compte ouvert au nom de l'Assuré.

Pour les Assurés retraités déjà adhérents au Contrat avant le 1^{er} janvier 2026, la cotisation est précomptée mensuellement par le Souscripteur sur la pension de retraite.

Tout mois commencé est dû.

Le montant de la cotisation de la 1^{ère} année est calculé en mois entier prorata temporis pour la période comprise entre la date de la prise d'effet de l'adhésion et le 31 décembre suivant.

L'Assuré percevant une rente Dépendance en cours de service au 1^{er} janvier 2026 est exonéré du paiement des cotisations.

16. Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont revues chaque année au 1^{er} janvier et peuvent être modifiées en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation, des paramètres utilisés par la Sécurité sociale, d'une évolution des engagements de l'Assureur et des résultats techniques du Contrat. Le cas échéant, les dispositions de l'article 5 ci-dessus s'appliquent.

Dans le cas où une nouvelle tarification serait établie par l'Assureur, elle serait notifiée au Souscripteur six (6) mois avant la date d'échéance annuelle du Contrat.

17. Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation par l'Assuré à l'échéance, le Souscripteur doit adresser à l'Assuré la lettre recommandée de mise en demeure qui l'informe que le non-paiement de sa cotisation ou fraction de cotisation entraînera son exclusion du Contrat quarante (40) jours après l'envoi de ce courrier, et ce si la cotisation due demeure impayée à cette échéance, conformément à l'article L. 141-3 du code des assurances.

IV. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX DROITS ET INFORMATIONS DES ASSURÉS

18. Information des Assurés

Le Souscripteur remet aux Assurés la notice d'information relative au Contrat, rédigée 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.

Le Souscripteur est tenu d'informer les Assurés par écrit de toute modification de leurs droits et obligations trois (3) mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

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

19. Réclamations - Médiation

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

- Par voie postale : 6, rue Bouchardon - CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10.
- Par voie électronique : <https://espaceadherent.mgefi.fr/>

L'Assureur ou le cas échéant, le Gestionnaire en accusera réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi (sauf si une réponse a pu lui être apporté avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de l'envoi, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées à l'intéressé.

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

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

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

20. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du 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-droits de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance vie, notwithstanding les dispositions du 2e 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.

- Etendue 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.

- Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>). »

21. Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement n° 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et conformément à la Loi n° 78-17 dite « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion du Contrat par les Ministères économiques et financiers, CNP Assurances ou la MGEFI pour réaliser les traitements dont ils sont respectivement responsables.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité :

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

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

Les données collectées seront conservées durant toute la durée de la vie du Contrat, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

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

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

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

- Pour les traitements dont CNP Assurances est responsable :
 - En se rendant sur le site internet « cnp.fr » rubrique sur le RGPD ou
 - En contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Service DPO, TSA n° 16939, 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).
- Pour les traitements dont la MGEFI est responsable :
 - En contactant directement le service DPO par courriel (dpo@mgefi.fr) ou par courrier (6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10)

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

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement des données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord

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

Commission Nationale Informatique et Libertés

3 place de Fontenoy

75007 Paris,

<https://www.cnil.fr/fr/saisir-la-cnil/contacter-la-cnil-standard-et-pannances-telephoniques>

01 53 73 22 22

22. Lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et le respect des sanctions économiques et financières

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

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

23. Lutte contre la fraude

La fraude est un acte ou une omission, volontaire ou délibéré, effectué(e) en vue d'obtenir par des moyens illégaux ou irréguliers, pour soi-même ou pour un tiers, un avantage matériel ou moral qu'il soit direct ou indirect ou réalisé avec l'intention d'échapper à l'exécution des lois et réglementations.

Les Parties s'engagent à mettre en œuvre une organisation et des procédures permettant la détection et la prévention de la fraude. Cette organisation et ces procédures portent sur les risques de fraude interne, réalisée par ou avec la complicité de tout agent ou intervenant des Parties, et de fraude externe, réalisée par toute personne partie ou intéressée aux adhésions ou par les personnes intervenant aux adhésions.

Les Parties s'engagent à contribuer à la lutte contre la fraude, en vérifiant notamment la fiabilité des informations qu'elles recueillent et en déclarant sans délai toute présomption de fraude ou tentative de fraude dont elles auraient connaissance aux services compétents, selon leurs propres procédures internes. Les Parties s'engagent à s'informer mutuellement de tout cas détecté. Etant précisé qu'un tel échange d'informations doit se limiter aux éléments strictement nécessaires à l'exercice de la lutte contre ladite fraude.

Cette information pourra être communiquée à l'assureur par l'intermédiaire de l'adresse contact.fraude@cnp.fr ou du dispositif d'alerte interne de CNP ASSURANCES, accessible à l'adresse : <https://groupecnp.integrityline.app/>

Dans le respect des lois et règles applicables et notamment du secret professionnel, les Parties s'engagent à collaborer à toute enquête effectuée à la requête d'autorités réglementaires, administratives ou judiciaires. Les Parties mettent en œuvre les mesures nécessaires pour assurer la stricte confidentialité des informations ainsi échangées.

24. Responsabilité sociétale de l'entreprise – Devoir de vigilance

Il est précisé que CNP ASSURANCES est assujéti au devoir de vigilance et s'est engagé dans ce cadre, à mettre en œuvre les obligations afférentes. Aussi il est important pour CNP ASSURANCES que pendant toute la durée d'exécution du Contrat et dans le périmètre des activités rattachées au Contrat, le Fournisseur/Prestataire/Tiers s'engage à :

- à respecter les droits humains et libertés fondamentales, la santé et la sécurité des personnes ainsi que l'environnement ;

- à respecter le Pacte mondial des Nations unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme et la Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant, les 8 conventions fondamentales de l'Organisation internationale du travail (OIT) et la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail ;
- à respecter les réglementations nationales et internationales qui lui sont applicables ;
- à mettre en œuvre les actions adaptées pour identifier et prévenir les risques d'atteinte grave aux principes susmentionnés ;
- à mettre fin, dans les meilleurs délais suivant leur identification, aux atteintes graves avérées aux principes susmentionnés ;
- à appliquer ce dispositif dans tous les pays où il est présent et où il a vocation à effectuer des actions liées au Contrat ;
- à faire appliquer ce dispositif par ses propres fournisseurs, sous-traitants et distributeurs intervenant dans l'exécution du Contrat ;

- à prendre connaissance de la procédure d'alerte de CNP ASSURANCES annexée au présent Contrat ;
- à faire preuve d'une parfaite transparence en informant immédiatement CNP ASSURANCES via sa plateforme d'alerte accessible par le lien suivant <https://groupecnp.integrityline.app/> en cas de survenance d'une atteinte grave envers les droits humains et les libertés fondamentales, la santé et la sécurité des personnes ainsi que l'environnement ;
- à collaborer avec CNP ASSURANCES pour mettre fin, dans les meilleurs délais suivant leur identification, aux atteintes graves signalées.

25. 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 – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

V. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

26. Subrogation

Conformément à l'article 29 3° de la loi n° 85 677 du 5 juillet 1985 et à l'article L. 131-2 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré victime d'un Accident contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

27. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

En cas de défaut du paiement de la cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion est reportée à la date l'encaissement effectif de celle-ci.

Les garanties Décès et Invalidité Permanente et Absolue (IPA) cessent au 31 décembre de l'année de l'entrée en jouissance effective des droits à la retraite de l'Assuré.

28. Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises aux Assurés dans le monde entier dès lors qu'ils sont affiliés à un régime de Sécurité sociale français. Le Souscripteur doit déclarer à l'Assureur lorsque des Assurés exercent leur activité en mission à l'étranger ou en détachement pour une durée supérieure à quatre-vingt-dix (90) jours ouvrables. Cette déclaration doit être effectuée un (1) mois avant le départ et comporter les éléments suivants :

- lieu,
- objet,
- date de départ,
- durée de la mission ou du détachement,
- nombre de personnes concernées (noms, prénoms, date de naissance, situation de famille, salaire).

Une révision tarifaire pourra le cas échéant intervenir.

Quelle que soit la durée de la mission ou du détachement, l'Assureur ne couvre aucun sinistre survenu dans un pays « formellement déconseillé » ou « déconseillé sauf raison impérative » par le Ministère des Affaires Etrangères, ou tout autre ministère qui s'y substituerait, dont la liste est notamment mise à jour régulièrement et accessible sur le site <https://www.diplomatie.gouv.fr>.

Le versement des prestations est effectué dans le respect des réglementations telles que visées à l'article 22 de la présente Notice.

29. Mise en œuvre des garanties

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

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

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

MGEFI

Service Prévoyance

A l'attention du Médecin-Conseil

6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10

L'Assureur se réserve la faculté de faire examiner l'Assuré par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties et de la poursuite du service des prestations conformément à l'Article 30 « Contrôle Médical – Tierce Expertise ».

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

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

30. Contrôle Médical – Tierce Expertise

30.1 - Contrôle Médical

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

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

L'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.

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

30.2 - Tierce Expertise

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

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

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

En cas d'entente sur la désignation du médecin tiers-expert, ce dernier procède à l'examen de l'Assuré et établit ses conclusions. Les conclusions de ce médecin tiers-expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

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

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

31. Revalorisation des prestations

La décision de revaloriser les prestations est déterminée d'un commun accord entre l'Assureur et le Souscripteur dans le cadre de la présentation des comptes annuels.

Cette décision fait l'objet d'un avenant signé entre l'Assureur et le Souscripteur.

Dans ce cas, le Souscripteur sera tenu d'informer les Assurés selon les modalités prévues à l'article 5.1 de la présente Notice.

32. Revalorisation de la garante en cas de décès de l'Assuré

Dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces justificatives, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

a) La moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;

b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

33. Cessation et suspension des garanties

Les garanties cessent pour chaque Assuré :

- à la date d'effet de la résiliation du Contrat ;
- en cas de non-paiement de la cotisation, dans les conditions prévues à l'article 17 de la présente Notice ;
- à la date de sortie de l'Assuré de la population assurée couverte au titre du Contrat ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf dispositions relatives au cumul emploi retraite ;
- pour la garantie Dépendance lorsque l'Assuré ne se trouve plus en état de dépendance ;
- à la date de décès de l'Assuré.

VI. GARANTIES DÉCÈS

VI.a - GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ET DE IPA TOUTES CAUSES

34. Objet

La garantie a pour objet le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès ou invalidité permanente et absolue (IPA) si le décès survient au plus tard avant le 31 décembre de l'année de l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite.

Est considéré en état d'**invalidité permanente et absolue** (« IPA »), l'Assuré réunissant simultanément les deux conditions suivantes :

- Être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- Être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir les quatre (4) actes ordinaires de la vie : s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer.

Dans le cas où le décès survient dans un délai de douze (12) mois suivant la reconnaissance de l'IPA, le capital décès ne sera pas versé.

La reconnaissance de l'état de l'IPA est réalisée par l'Assureur sur la base des justificatifs transmis et si besoin, d'après les conclusions d'un contrôle médical opéré selon les dispositions de l'article 30 de la présente Notice.

En tout état de cause, l'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé. L'Assureur notifiera ensuite sa décision à l'Assuré.

35. Risques exclus

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- Le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties.
- Pour l'IPA, Les conséquences d'une tentative de suicide de l'Assuré.

- Les faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré.
- Pour l'IPA, les conséquences des faits intentionnels commis par le bénéficiaire sur la personne de l'Assuré.
- Le décès résultant de l'homicide volontaire de l'Assuré par le(s) bénéficiaire(s) ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.
- Les conséquences de guerre civile et étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active, à l'exclusion des Assurés qui de par leurs fonctions professionnelles sont amenés à intervenir directement.
- La participation à titre amateur ou sous contrat rémunéré ou professionnel à des compétitions, démonstrations, paris, tentatives de records, cascades, acrobaties.
- Les conséquences de rixes, sauf cas de légitime défense et assistance à personne en danger.
- Les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit.
- Le sinistre qui survient alors que l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par l'article L.234-1 du Code de la route et relevant des délits.
- Les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute.
- Les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome à l'exclusion des Assurés qui de par leurs fonctions professionnelles sont amenés à intervenir directement.

36. Bénéficiaires

En cas de décès :

Désignation par défaut des bénéficiaires de l'Assuré

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, ou son Concubin,
- 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 au jour du décès de l'Assuré, le bénéficiaire n'est pas déterminé ou déterminable, la clause contractuelle ci-dessus s'applique.

Désignation des bénéficiaires par l'Assuré

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix :

- en remettant à l'Assureur un document relatif à la désignation de bénéficiaire(s) (dont un modèle figure en Annexe 4) qui lui a été transmis par le Souscripteur, dans lequel celui-ci désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix,
- en transmettant un exemplaire à l'Assureur, dans les plus brefs délais, l'Acte sous seing privé ou l'Acte authentique par lequel l'Assuré désigne les bénéficiaires de la garantie.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré est invité à renseigner au moins les noms, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisés par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré.

Acceptation de la désignation par le ou les bénéficiaires

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la désignation 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 d'un Acte 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.

Modification et révocation de la clause bénéficiaire

L'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire en transmettant à l'Assureur un nouveau document concernant la nouvelle désignation des bénéficiaires selon les modalités mentionnées ci-avant.

Toutefois, la modification de la clause bénéficiaire acceptée par le bénéficiaire acceptant ne sera possible qu'avec l'accord écrit de ce dernier, 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 naissance du premier enfant de l'Assuré.

En cas d'IPA :

Le bénéficiaire de la prestation est l'Assuré.

37. Prestations

En cas de décès :

Le montant du capital garanti est précisé en Annexe 2 de la présente Notice.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du ou des bénéficiaire(s).

En cas d'IPA :

Le montant du capital garanti est précisé en Annexe 2 de la présente Notice.

Le capital IPA est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du ou des bénéficiaire(s).

Le capital garanti précisé aux Conditions Particulières et en Annexe 2 de la présente Notice est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de l'IPA aura été apportée.

38. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination du capital garanti doivent être adressées au Gestionnaire accompagnées des pièces prévues en Annexe I de la présente Notice.

Le cas échéant, l'Assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires à l'Assuré ou au bénéficiaire, afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1353 du Code civil.

Le versement de la prestation est subordonné à la complétude du dossier.

Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la survenance du décès ou de l'IPA et au plus tard dans un délai de six (6) mois. A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. Le versement du capital pourra être effectué à compter du jour de la réception du dossier complet par le Gestionnaire.

VI.b - GARANTIE RENTE VIAGÈRE POUR ENFANT HANDICAPÉ

39. Objet

La garantie a pour objet le service d'une rente viagère au profit de l'Enfant handicapé à charge de l'Assuré en cas :

- de décès de l'Assuré ;
- d'invalidité permanente et absolue (« IPA ») de l'Assuré, survenue avant la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du Bénéficiaire dans les conditions prévues à l'article 30 de la présente Notice.

40. Risques exclus

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- **Le suicide de l'Assuré qui survient dans la première année d'assurance à compter de la prise d'effet des garanties.**

41. Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les enfants à charge de l'Assuré à la date de l'événement tels que définis à l'Article 2 de la présente Notice.

On entend par Enfant handicapé de l'Assuré l'enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, et qui est titulaire de la carte de mobilité inclusion (C.M.I.) prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles, ou en ayant fait la demande.

L'Enfant né handicapé, mais néanmoins viable, dans les dix (10) mois qui suivent le décès de l'Assuré est considéré comme pouvant bénéficier de la prestation.

42. Prestations

Le montant de cette prestation sont précisés en Annexe 2 de la présente Notice.

Le droit à rente est acquis dès le lendemain du décès de l'Assuré ou de la date reconnue par l'Assureur comme début de l'IPA de l'Assuré et ce, jusqu'au décès du Bénéficiaire.

La rente est versée sous forme de rente viagère annuelle, payable par quart et à terme échu les 31 mars, 30 juin, 30 septembre, et 31 décembre de chaque année.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. Le dernier terme est acquis et versé dans son intégralité.

43. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination de la rente garantie doivent être adressées au Gestionnaire accompagnées des pièces prévues en Annexe 1 de la présente Notice.

Le cas échéant, le Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires à l'Assuré ou au bénéficiaire, afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1353 du Code civil.

Le versement d'une ou des prestations est subordonné à la complétude du dossier.

Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Chaque premier (1^{er}) janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon le modèle fourni en Annexe 3) ; faute de justificatif, les prestations sont suspendues.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la survenance de l'IPA et du décès et au plus tard dans un délai de six (6) mois. A défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. Le versement de la rente pourra être effectué à compter du jour de la réception du dossier complet par le Gestionnaire.

VII. GARANTIES DÉPENDANCE

VII.a - GARANTIE DÉPENDANCE PARTIELLE

44. Objet

La garantie Dépendance partielle a pour objet le versement d'un capital forfaitaire précisé en Annexe 2 à tout Assuré qui se trouve en état de dépendance partielle tel que défini ci-dessous et survenant pendant la période de garantie.

Est reconnu en état de dépendance partielle, l'Assuré qui à la fois :

- Se trouve dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer, sans l'aide d'une autre personne, trois (3) des quatre (4) actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller.
- Est reconnu comme répondant au critère précédent par le Médecin-Conseil de l'Assureur.

Les quatre (4) actes de la vie quotidienne sont définis par deux fonctions.

Pour qu'un acte de la vie quotidienne soit reconnu impossible partiellement, l'une au moins des fonctions de l'acte indiqué dans la définition ci-dessous doit être totalement et complètement impossible à effectuer par la personne seule :

1. Se déplacer :

- se lever d'un lit, d'un fauteuil ou d'une chaise, se coucher et s'asseoir, ou
- aller d'une pièce à l'autre à l'intérieur du domicile. L'usage d'une aide technique (canne, déambulateur, fauteuil roulant) par la personne n'influe pas sur le jugement s'il permet à la personne de se déplacer sans aide humaine.

2. S'alimenter :

- se servir, c'est à dire couper ses aliments, remplir un verre, éplucher un fruit, (mais n'incluant pas la préparation des repas), ou
- porter les aliments à la bouche et les avaler.

3. Se laver :

- faire la toilette simple de toute la partie supérieure du corps, ou
- faire la toilette simple de toute la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

45. S'habiller :

- vêtir et dévêtir la partie supérieure du corps, ou
- vêtir et dévêtir la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

46. Bénéficiaire

Le bénéficiaire est l'Assuré.

47. Prestations

La reconnaissance de l'état de Dépendance partielle est réalisée par l'Assureur sur la base des justificatifs transmis et si besoin, d'après les conclusions d'un contrôle médical opéré selon les dispositions de l'Article 30.1 de la présente Notice.

En tout état de cause, l'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé. La nature et le montant de la garantie sont précisés en Annexe 2 de la présente Notice.

Lorsque l'Assuré est reconnu comme étant en état de Dépendance partielle, il perçoit le capital garanti à l'expiration d'un Délai de franchise.

Délai de franchise :

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période pendant laquelle l'Assureur n'indemnise pas l'Assuré. Cette période court à compter du lendemain de la date reconnue par l'Assureur comme début de la dépendance partielle. Ce délai est de trente (30) jours.

Lorsque l'Assuré est reconnu comme étant en situation de Dépendance totale, seule la rente en cas Dépendance Totale est réglée à l'Assuré. Les prestations relatives à la Dépendance totale ne peuvent pas être cumulées avec celles versées en cas de Dépendance partielle.

48. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des prestations dues doivent être adressées au Gestionnaire accompagnées des pièces prévues à l'Annexe 1 de la présente Notice.

Le cas échéant, le Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires à l'Assuré ou au bénéficiaire, afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1353 du Code civil.

Le versement d'une ou des prestations est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la survenance de la dépendance et au plus tard dans un délai de six (6) mois. À défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. Le versement du capital pourra être effectué à compter du jour de la réception du dossier complet par le Gestionnaire.

VII.b - GARANTIE DÉPENDANCE TOTALE

48. Objet

La garantie Dépendance Totale a pour objet le versement d'une rente précisée en Annexe 2 à tout Assuré qui se trouve en état de Dépendance totale, tel que défini ci-dessous, et survenant pendant la période de garantie.

Est considéré en état de dépendance totale, l'Assuré qui à la fois :

- Est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois (3) des quatre (4) actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver) ;
- Est reconnu par le Médecin-Conseil de l'Assureur

Les quatre (4) actes ordinaires de la vie quotidienne sont entendus comme suit :

- s'habiller : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
- se nourrir : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
- se laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
- se déplacer : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).

L'état de dépendance totale est reconnu par le Médecin Conseil de l'Assureur au plus tôt, à la date de demande de versement des prestations, faite auprès du Gestionnaire.

49. Bénéficiaire

Le bénéficiaire est l'Assuré.

Les prestations garanties sont versées sur le compte bancaire du Bénéficiaire ou, le cas échéant, de son représentant légal.

50. Prestations

La reconnaissance de l'état de Dépendance totale est réalisée par l'Assureur sur la base des justificatifs transmis et si besoin, d'après les conclusions d'un contrôle médical opéré selon les dispositions de l'Article 30.1 de la présente Notice.

Deux types de rente peuvent être versées en cas de Dépendance totale :

- Soit une rente d'hospitalisation, si l'Assuré est hébergé en unité de long séjour ou cure thermique, soit en établissement hospitalier pour personnes âgées.
- Soit une rente à domicile, dans les autres cas.

La nature et le montant de la garantie sont précisés en Annexe 2.

La rente est versée mensuellement à terme échu. A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis.

Lorsque l'Assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de la Dépendance totale, sa rente est suspendue.

Lors d'un changement de situation : le montant de la prestation varie selon la situation de l'assuré (rente à domicile ou hospitalisation), les versements sont calculés prorata temporis.

Quand l'état de dépendance totale cesse, le dernier versement est calculé prorata temporis. Toutefois, en cas de décès de l'Assuré, le dernier terme reste acquis.

En cas de dépendance totale, l'Assuré ne peut pas percevoir le capital forfaitaire relatif à la Dépendance partielle. Les prestations relatives à la Dépendance totale ne peuvent pas être cumulées avec celles versées en cas de Dépendance partielle.

Délai de franchise :

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période pendant laquelle l'Assureur n'indemnise pas l'Assuré. Cette période court à compter du lendemain de la date reconnue par l'Assureur comme début de la dépendance. Ce délai est de :

- 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle,
- 180 jours dans les autres cas.

51. Modification de la situation du Bénéficiaire et Evolution du risque

L'Assuré bénéficiant du contrat ou son représentant légal, est tenu de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de remettre en cause son état de dépendance ainsi que les changements suivants :

- L'évolution de son état de santé
- La suppression de la prise en charge par la Sécurité sociale
- Le changement de lieu de vie (domicile, établissement hospitalier, unité de long séjour ou cure thermique, etc...)

L'Assuré ou son représentant légal doit déclarer ces circonstances au Médecin-Conseil de l'Assureur dans un délai de quinze (15) jours à partir du moment où il en a connaissance à l'adresse suivante :

MGEFI
Service Prévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil

6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10

L'Assuré ou son représentant légal, doit également déclarer, tout changement de son lieu de vie dans les conditions définies dans le présent article.

52. Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations comportant les éléments nécessaires à la détermination des prestations dues doivent être adressées au Gestionnaire accompagnées des pièces prévues en Annexe 1 de la présente Notice.

Le cas échéant, le Gestionnaire se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires à l'Assuré ou au bénéficiaire, afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1353 du Code civil.

Le versement d'une prestation est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude du dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

Chaque premier (1^{er}) janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon le modèle fourni en Annexe 3) ; faute de justificatif, les prestations sont suspendues.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être transmis dans les jours qui suivent la survenance de la dépendance et au plus tard dans un délai de six (6) mois. À défaut de déclaration de sinistre dans ce délai, une déchéance de garantie peut être appliquée conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur.

VIII. GARANTIES EN INCLUSION « PROXIMITÉ PRÉVOYANCE »

53. Objet

L'Assureur a souscrit un contrat de services n° F 16 D 0492 / FIC16SAN0931 auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex

Dans ce cadre, l'Assureur fait bénéficier aux Assurés ayant adhéré au présent Contrat des prestations suivantes :

- Informations médico-sociales,
- Conseil social,
- Services à la carte.

Ces prestations sont accessibles aux Assurés pendant la durée de leur adhésion au présent Contrat et uniquement s'ils sont reconnus par le Médecin Conseil de l'Assureur en état de Dépendance partielle, Dépendance totale ou d'Invalidité permanente et absolue.

Les montants des cotisations indiqués en Annexe 2 de la présente Notice incluent la cotisation relative à ces prestations complémentaires.

54. Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est l'Assuré.

55. Prestations

Article 55.1 - Informations médico-sociales

FILASSISTANCE communique à l'Assuré, à ses proches ou à son représentant légal toutes les informations nécessaires lors de la survenance de sa Dépendance et/ou de son Invalidité Permanente et Absolue.

Article 55.2 - Conseil social

Une équipe médico-psycho-sociale est à l'écoute de l'Assuré, de ses proches ou de son représentant légal pour l'orienter et l'informer dans les domaines de l'autonomie, de l'invalidité, des ressources, en tenant compte de sa situation financière et sociale.

Selon la situation de l'Assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL l'informe sur les financements possibles, l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

Cet accompagnement personnalisé se termine par un appel de clôture avec l'Assuré, ses proches ou son représentant légal afin de faire le bilan sur sa situation sur les aides financières et les prestations sociales perçues.

Article 55.3 - Services à la carte

FILASSISTANCE INTERNATIONAL aide l'Assuré dans la recherche des prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, sous réserve des disponibilités locales :

- Livraison de repas, de courses, de médicaments,
- Télé sécurité, garde du Domicile (vigile),
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie,
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements,
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux,
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service « blanchisserie »,
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage, ...),
- Petit jardinage,
- Soins à Domicile,
- Téléassistance.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL indique à l'Assuré quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

Les frais engagés sont à la charge de l'Assuré.

56. Cessation des prestations

Le droit aux prestations prend fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au présent Contrat ;
- En cas de résiliation du Contrat n° F 16 D 0492 / FIC16SAN0931, conclu entre CNP Assurances et FILASSISTANCE INTERNATIONAL ;

En cas de résiliation de la convention cadre de distribution n° C 17 F 18 sauf en cas de conclusion d'une nouvelle convention cadre de distribution entre FILASSISTANCE et l'Assureur à laquelle se rattacherait l'accord de distribution n° C 17 F 18.

ANNEXE 1 - JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

| | Décès/IPA | Rente viagère pour enfant handicapé |
|---|-----------|-------------------------------------|
| PRÉVOYANCE COLLECTIVE DÉCÈS | | |
| 1.1 PIÈCES ADMINISTRATIVES | | |
| 1.1.1 Pièces sollicitées auprès des ayants-droit de l'assuré | | |
| Un bulletin de décès ou un acte de décès de la personne assurée | X | |
| Un copie du dernier bulletin de salaire de l'assuré | X | X |
| Un acte de notoriété et/ou dévolution successorale de la personne assurée | X | |
| Une éventuelle désignation de bénéficiaire(s) | X | |
| Une copie recto-verso de la pièce d'identité de la personne assurée en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son représentant | X | X |
| Un certificat de vie de l'Enfant handicapé | | X |
| 1.1.2 Pièces sollicitées auprès des bénéficiaires | | |
| Une copie recto-verso de la pièce d'identité du (des) bénéficiaire(s) en cours de validité et le cas échéant, ou de celle de son représentant | X | |
| Un justificatif de domicile pour les bénéficiaires résidant à l'étranger | X | |
| Un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaire(s). | X | X |
| Si le compte bancaire n'est pas au nom du Bénéficiaire, il est exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle) | | X |
| PIÈCES JUSTIFICATIVES DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE | | |
| Conjoint | | |
| Conjoint né en France | | |
| Une copie intégrale d'acte de naissance ou de mariage de moins de trois (3) mois avec mentions marginales | X | |
| Conjoint né hors de France | | |
| Une photocopie du livret de famille, tenu à jour | X | |
| Une attestation sur l'honneur du Conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps ni divorcé. | X | |
| Partenaire | | |
| Une copie intégrale d'acte de naissance de moins de trois (3) mois avec mentions marginales | X | |
| Une attestation sur l'honneur de l'Assuré indiquant qu'il n'est pas séparé | X | |
| Concubin | | |
| Une attestation sur l'honneur du Concubin certifiant d'une vie commune | X | |
| Deux justificatifs de domicile commun datant de moins de trois (3) mois | X | |
| Enfants | | |
| Une copie de livret de famille complet y compris la page blanche après le dernier enfant ou une attestation dévolutive mentionnant les héritiers de l'assuré ou acte notoriété | X | X |
| Photocopie de la carte mobilité inclusion du Bénéficiaire prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Families certifiée conforme par l'intéressé ou son représentant légal | | X |
| Bénéficiaire nommément désigné | | |
| Une copie intégrale d'acte de naissance de moins de trois (3) mois ou une copie recto-verso de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ses) représentant(s) | X | |
| 1.2 PIÈCES MÉDICALES | | |
| 1.2.1 Pièces sollicitées auprès des ayants droit de l'assuré | | |
| Une attestation précisant si la cause du décès est naturelle ou accidentelle (au sens du contrat) fournies par les ayants droit et attestant que le décès n'appartient pas aux risques exclus (attestation selon un imprimé fourni par l'Assurance) | | X |
| Le cas échéant, toute pièce, notamment des Procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès | | X |

DEPENDANCE

PIECES ADMINISTRATIVES ET MEDICALES

| |
|--|
| Un certificat médical rempli par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier attestant l'état de dépendance de l'Assuré, sa date de survenance, et précisant son origine accidentelle ou pathologique. Celui-ci devra être dûment complété et accompagné de tout justificatif médical permettant l'étude du dossier par le médecin conseil |
| Le questionnaire d'évaluation de la dépendance complété par le médecin traitant de l'assuré |
| En cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement |
| La décision du président du Conseil Départemental du lieu de résidence de l'Assuré relative à l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001. A noter que ce document permettra d'étudier le dossier, cependant l'attribution de l'APA ne vaut pas mise en jeu de la garantie celle-ci étant évaluée sur la base de critères contractuellement définis |
| Un relevé d'identité bancaire (RIB) du compte sur lequel la rente devra être versée |
| Si le compte bancaire n'est pas au nom du Bénéficiaire, il est exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle) |
| Toute pièce médicale ou administrative prouvant le lien de cause à effet entre l'état de dépendance |

ANNEXE 2 – DESCRIPTIF DES GARANTIES

GESTIONNAIRE DU CONTRAT

Le Gestionnaire du Contrat est :

MGEFI,

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du code de la mutualité,

SIREN N° 499 982 098 RCS Nanterre,

Dont le siège social est situé 6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10.

DATE D'EFFET

La Notice d'information du Contrat n° M022 prend effet le 1^{er} janvier 2026.

GRUPE ASSURÉ

La catégorie visée à l'article 6 de la présente Notice est :

L'ensemble du personnel fonctionnaire (titulaire et stagiaire), agent de droit public et les retraités ayant la qualité de membre participant ou de membre honoraire du Souscripteur ainsi que leur conjoint.

L'adhésion au Contrat est limitée à l'âge de soixante-quinze (75) ans.

MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées à :

| Tarifs TTC par Tranches d'âges (âge au 1 ^{er} janvier de l'année de la date de signature du bulletin d'adhésion) | Option 1 | | Option 2 | |
|--|----------|--------|----------|--------|
| | Mensuel | Annuel | Mensuel | Annuel |
| 50 ans et moins | 5,58 € | 67 € | 6,83 € | 82 € |
| 51-53 ans | 6,50 € | 78 € | 7,92 € | 95 € |
| 54-55 ans | 7,33 € | 88 € | 9,00 € | 108 € |
| 56-57 ans | 8,25 € | 99 € | 10,08 € | 121 € |
| 58-59 ans | 9,17 € | 110 € | 11,17 € | 134 € |
| 60-61 ans | 10,00 € | 120 € | 12,25 € | 147 € |
| 62-63 ans | 10,92 € | 131 € | 13,33 € | 160 € |
| 64-65 ans | 11,75 € | 141 € | 14,42 € | 173 € |
| 66-67 ans | 12,67 € | 152 € | 15,50 € | 186 € |
| 68-69 ans | 13,58 € | 163 € | 16,58 € | 199 € |
| 70 ans et plus | 14,42 € | 173 € | 17,67 € | 212 € |

Pour le calcul du montant de cotisation, l'âge de l'Assuré pris en compte est celui atteint le 1^{er} janvier de l'année de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Pour les Assurés présents au Contrat le 31 décembre 2025, l'âge de l'Assuré pris en compte est celui atteint à cette date.

Les montants de cotisations indiqués ci-dessus s'appliquent également aux Assurés en situation de risque aggravé au 1^{er} janvier 2026.

L'Assuré bénéficiant d'une rente Dépendance en cours de service au 1^{er} janvier 2026 est exonéré du paiement des cotisations.

DESCRIPTIF DES GARANTIES

| Garanties | Type de prestations | Option 1 | Option 2 |
|---|---------------------------------|------------|------------|
| Dépendance Totale | Rente mensuelle Hospitalisation | 400 €/mois | 520 €/mois |
| | Rente mensuelle Domicile | 320 €/mois | 320 €/mois |
| Dépendance Partielle | Capital aménagement | 1 000 € | 1 000 € |
| Décès Versement du capital en cas de décès de l'assuré avant le 31 décembre de l'année de départ à la retraite | Toutes causes | 15 000 € | 30 000 € |
| Invalidité Permanente Absolue (IPA) Versement du capital en cas d'IPA de l'assuré avant le 31 décembre de l'année de départ à la retraite | Capital | 36 000 € | 53 000 € |
| Rente viagère pour enfant handicapé | Rente annuelle | 1 870 €/an | 1 870 €/an |

Ces montants de prestations s'appliquent uniquement aux sinistres déclarés au Gestionnaire à compter du 1^{er} janvier 2026.

ANNEXE 3 – MODÈLE DE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE

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

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

DÉCLARATION

Je soussigné(e) Mme, M. (nom).....

Nom de jeune fille
(Pour les femmes mariées, divorcées ou veuves)

Prénoms.....
(Selon l'ordre de l'état civil)

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

Demeurant (adresse complète)

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

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

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

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

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

2° *de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère,*

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

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

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

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

Conformément au Règlement n° 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGDP ») et conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion du Contrat par les Ministères économiques et financiers, CNP Assurances ou la MGEFI pour réaliser les traitements dont ils sont respectivement responsables.

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

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

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

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

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) :

- Pour les traitements dont CNP Assurances est responsable :

• En se rendant sur le site internet « cnp.fr » rubrique sur le RGPD ou

• En contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Service DPO, TSA n° 16939, 4 promenade Cœur de Ville, 92130 Issy-les-Moulineaux) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

- Pour les traitements dont la MGEFI est responsable :

• En contactant directement le service DPO par courrier (dpo@mgefi.fr) ou par courrier (6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10)

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

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

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

Fait à..... le.....

Signature

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

ANNEXE 4 – DOCUMENT DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

RECOMMANDATIONS POUR COMPLÉTER LA DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

1. Clause contractuelle en l'absence de bénéficiaire(s) expressément désigné(s) : « la clause type »

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause contractuelle 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, 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 au jour du décès de l'Assuré, le bénéficiaire n'est pas déterminé ou déterminable, la clause contractuelle « clause type » ci-dessus s'applique.

2. Application de la clause contractuelle « clause type » en l'absence de bénéficiaire(s) expressément désigné(s)

Le bénéficiaire de 1^{er} rang est :

le « conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé »

Les autres bénéficiaires ne pourront obtenir le capital en cas de décès de l'Assuré qu'en l'absence :

- de conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé (décédé avant l'Assuré, séparé de corps par un jugement définitif ou divorcé) ou si celui-ci a renoncé au bénéfice du contrat.

- de partenaire lié par un pacte civil de solidarité (décédé avant l'Assuré ou dont le pacte civil de solidarité le liant à l'Assuré était rompu) ou si celui-ci a renoncé au bénéfice du contrat.

Si l'Assuré souhaite désigner « son conjoint non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé » ou « son partenaire lié par un pacte civil de solidarité », il n'est pas nécessaire de remplir une désignation expresse, la clause contractuelle est suffisante.

Attention : le concubin n'est pas considéré comme le conjoint ou le partenaire. Il doit donc être désigné nominativement pour être bénéficiaire du capital décès.

A défaut de bénéficiaire de 1^{er} rang, les bénéficiaires de 2^{ème} rang sont les suivants : « 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. »

Sont considérés comme ayant la qualité d'enfants nés ou à naître, tous les enfants de l'Assuré, dès lors qu'un lien de filiation peut être établi entre l'Assuré et l'enfant (au sens du Code civil, y compris les enfants adoptés), vivants ou conçus antérieurement à la date du décès. Si l'un d'entre eux a renoncé au bénéfice de l'assurance ou est décédé et qu'il a eu un ou plusieurs enfants, la part lui revenant est distribuée à ses descendants. Dans le cas contraire, s'il a renoncé au bénéfice de l'assurance ou est décédé sans enfant, sa part est partagée entre les autres enfants pour lesquels un lien de filiation a pu être établi avec l'Assuré.

A défaut les bénéficiaires de 3^{ème} rang sont les suivants :

« 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. »

En l'absence de descendant de l'Assuré, les bénéficiaires sont les personnes qui possèdent la qualité d'ascendants au moment du décès (au sens du Code civil).

A défaut les bénéficiaires de 4^{ème} rang sont :

les « héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux. »

En l'absence d'ascendant, le bénéficiaire est la personne qui possède la qualité d'héritier au moment du décès. Cette qualité lui est dévolue par le lien de parenté avec l'Assuré, selon les dispositions relatives à la dévolution successorale telles que prévues par le Code civil, ou parce que ce dernier a testé en sa faveur.

3. Désignation expresse de bénéficiaire(s) : « clause particulière »

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 dans les plus brefs délais, à l'Assureur ou le gestionnaire.

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 utilisées 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 en cas d'acceptation du ou des bénéficiaire(s).

Les conséquences en cas d'acceptation du bénéficiaire :

Si le bénéficiaire a connaissance du contrat il peut accepter le bénéfice de l'assurance à tout moment. Il devient donc bénéficiaire acceptant.

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

Elle 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, et sauf cas particuliers prévus 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 naissance du premier enfant de l'Assuré.

Le bénéficiaire peut-il renoncer au bénéfice du contrat ?

Le bénéficiaire désigné peut renoncer au bénéfice du contrat d'assurance. Dans ce cas plusieurs situations peuvent se présenter :

- 1) si l'Assuré a prévu dans sa clause de désignation particulière des bénéficiaires subsidiaires (de 2^{ème} et/ou 3^{ème} rang) avec la mention « à défaut » ces personnes recevront la part du bénéficiaire renonçant.

- 2) si l'Assuré a prévu la mention « vivant ou représenté » à la suite de la désignation du bénéficiaire initialement prévu mais que celui-ci a renoncé au bénéfice du contrat, cela veut dire que ce sont ses héritiers qui viendront percevoir le bénéfice en son lieu et place.

La renonciation ne peut être qu'expresse et totale.

En cas de désignation nominative, nous attirons votre attention sur les points suivants :

En cas de pluralité de bénéficiaires il est possible de les désigner par ordre de priorité

- si l'un des bénéficiaires est prioritaire par rapport aux autres, il est indispensable de faire suivre sa désignation de la mention « ou à défaut telle autre personne » et ainsi de suite pour l'ensemble des bénéficiaires ;

- si toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires, pour une part différente, il faut indiquer la part respective de chacune en pourcentage du capital total (exemple : Mme X = 60%, M. Y = 40%). Il convient de vérifier que le total soit bien égal à 100%. Si l'un des bénéficiaires décède avant acceptation, sa part sera attribuée aux héritiers de l'Assuré à défaut d'avoir désigné un bénéficiaire de second rang ;

- si aucun des bénéficiaires n'est prioritaire et si l'Assuré souhaite les désigner pour une part identique, il convient de faire suivre l'énumération des bénéficiaires de la mention « par parts égales et, en cas de décès de l'un d'eux, la totalité aux survivants par parts égales ». Ceci permet, en cas de décès de l'un des bénéficiaires avant l'Assuré, de reporter sa part aux autres bénéficiaires.

Cependant, si l'assuré souhaite qu'en cas de décès de l'un des bénéficiaires, la totalité du capital ne soit pas versé aux autres bénéficiaires de même rang, mais que le bénéficiaire désigné soit représenté par ses héritiers, et que la part du capital lui était initialement prévue leur revienne, il convient de rajouter la mention « vivant ou représenté ».

Pour les bénéficiaires autres que le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, les enfants ou les ascendants, il est indispensable de préciser les nom(s), prénom(s), date et lieu de naissance et coordonnées respectives.

Si l'Assuré souhaite désigner « ses enfants », il est préférable de ne pas mentionner leurs noms mais d'indiquer « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, vivants ou représentés ». Dans le cas contraire, cela exclurait les enfants à naître.

Sous réserve des obligations en matière de « bénéficiaire acceptant », nous attirons votre attention sur le fait qu'en cas de changement de situation de famille il est essentiel de vérifier si la désignation en vigueur devrait être modifiée. Si les bénéficiaires changent d'adresse, il convient d'actualiser sa clause afin de faciliter leur identification.

ATTENTION : il est interdit de désigner :

- les membres de professions médicales et de la pharmacie ainsi que les auxiliaires médicaux qui vous aurai(ont) prodigué des soins dans le cadre de la maladie à l'origine de votre décès ;
- des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les personnes morales au nom desquelles ils exercent leurs fonctions ;
- des ministres de culte ;
- des animaux.

DESIGNATION EXPRESSE DE BENEFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DECES

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

| | |
|---|--|
| Nom d'usage : | |
| Prénom(s) : | |
| Nom patronymique : (nom de naissance) | |
| Date de naissance : | |
| Lieu de naissance : (ville, département, pays) : | |
| Adresse : Rés. Appt. Bât. N°rue / Lieu-dit Code postal / Commune | |
| Nom du souscripteur : | |
| N° de contrat : | |

DÉSIGNATION EXPRESSE

Si la désignation est nominative, il est indispensable de préciser les nom(s), prénom(s), date et lieu de naissance et adresse des bénéficiaires En cas de décès, le capital devra être payé à :

.....

.....

.....

.....

.....

SAUF ACCEPTATION PAR LE BÉNÉFICIAIRE PRÉCÉDENT ET NÉCESSITANT SON ACCORD, CETTE DÉSIGNATION REMPLACE LA PRÉCÉDENTE

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion du Contrat par les Ministères économiques et financiers, CNP Assurances ou la MGEFI pour réaliser les traitements dont ils sont respectivement responsables.

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

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

Ces éventuels transferts des données à caractère personnel sont formalisés dans un cadre contractuel entre les parties concernées.

Vos données seront conservées durant toute la durée de la vie contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (pour plus d'informations vous pouvez vous rendre sur notre site Internet « cnp.fr » rubrique sur le RGPD. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) :

- Pour les traitements dont CNP Assurances est responsable :

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

- Pour les traitements dont la MGEFI est responsable :

- En contactant directement le service DPO par courriel (dpo@mgefi.fr) ou par courrier (6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10)



**Assurons
un monde
plus ouvert**

CNP Assurances

Société Anonyme avec Conseil d'Administration, au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des assurances - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 341 737 062 - 4 Promenade Coeur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux, IDU REP Papiers FR231782_01ZWUC

Mgéfi
groupe matmut 

mgéfi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité – Siren : 4,99 982 098
6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10 – www.mgefi.fr

