



MILLESIME CNP Assurances : janvier 2019  
RÉF CNP Assurances N° 2018NI073105

## Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire - INVALIDITÉ -

Cette notice d'information est destinée aux assurés du contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire n° 0642 Y (le « Contrat »), souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances, enregistré sous le N° 302 976 568 RCS de Paris, ci-après dénommée « le Souscripteur », auprès de CNP Assurances ci-après dénommée « l'Assureur ».

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

### I. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AU CONTRAT

#### 1. Objet du contrat

Le Contrat n° 0642 Y a pour objet de proposer une couverture prévoyance comprenant une garantie invalidité, au bénéfice des Membres du Souscripteur définis en Annexe 3 de la présente Notice d'information.

Le Contrat est obligatoirement lié au contrat d'assurance collective incapacité de travail souscrit par l'Assuré auprès du Souscripteur.

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

Il est régi par ses Conditions Générales et ses Conditions Particulières, leurs éventuels avenants ultérieurs ainsi que par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

**La nature et le montant des garanties retenues par le Souscripteur pour ses assurés sont précisés en Annexe 3 de la présente Notice.**

#### 2. Définitions

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

**Souscripteur** : La Mutuelle (personne morale) qui souscrit le Contrat au bénéfice de ses Membres.

**Assuré** : Les Membres du Souscripteur relevant du groupe assuré.

**Invalidité permanente :** L'Assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale s'il est reconnu inapte à occuper l'emploi qu'il exerçait au moment du sinistre ou une activité professionnelle socialement équivalente.

Est assimilée à une invalidité permanente totale, l'incapacité permanente résultant d'un accident ou d'une maladie dont le taux déterminé par la sécurité sociale ou la Fonction publique est supérieur ou égale à 66%, ou l'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie telle que définie par la sécurité sociale.

La détermination du taux d'invalidité est prévue dans l'article 21.1 de la présente notice.

### **3. Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du Contrat**

Le Contrat prend effet à la date mentionnée en Annexe 3 de la présente Notice d'information et cesse le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1<sup>er</sup> janvier, sauf résiliation par le Souscripteur ou l'Assureur, par lettre recommandée, au moins deux (2) mois avant cette date.

En cas de modification de la situation personnelle ou professionnelle de l'Assuré, il peut demander la résiliation du Contrat dès lors que ces changements modifient fortement la nature du risque.

Dans les trente (30) jours suivant la réception de son appel de cotisations annuelle, l'Assuré peut demander la résiliation du Contrat dès lors que la tarification ou les nouvelles règles statutaires ou réglementaires ne lui conviennent pas.

### **4. Modification en cours de vie du Contrat**

Les droits et obligations de l'Assuré peuvent être modifiés par avenant au Contrat d'assurance de groupe.

En cas de modification, le Souscripteur du Contrat est tenu d'en informer tous les Assurés par écrit au moins un (1) mois avant leur date de prise d'effet.

### **5. Fausse déclaration intentionnelle**

**En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré ou du Souscripteur, ces derniers sont informés des fautes qui leur sont reprochées et invités à fournir des explications.**

**L'Assureur peut prononcer l'annulation des droits aux prestations et l'exclusion de**

**l'Assuré, des garanties définies au Contrat, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances.**

## **II. DISPOSITIONS AFFÉRENTES À L'ADHÉSION**

### **6. Groupe assuré**

Pour bénéficier des garanties souscrites par le Souscripteur, l'Assuré doit faire partie de la catégorie des Membres, définie en Annexe 3 de la présente Notice d'information.

## **III. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS**

### **7. Montant des cotisations**

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle par Assuré.

Cette cotisation est calculée en appliquant à l'assiette, constituée par la base annuelle de garantie de l'Assuré déclarée par le Souscripteur, un taux de cotisation défini à la garantie invalidité figurant dans le livret des statuts de la mutuelle.

La base annuelle garantie est définie à la garantie invalidité figurant dans le livret des statuts de la mutuelle.

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

### **8. Modalités de paiement des cotisations**

A l'égard de l'Assureur, seul le Souscripteur est tenu du paiement des cotisations.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les trente (30) jours suivant chaque échéance. Le Souscripteur procède lui-même au calcul des cotisations et à leur versement à l'Assureur.

A l'égard du Souscripteur, l'Adhérent assuré est tenu au paiement des cotisations.

Elles sont payables mensuellement, par avance, chaque début de mois, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ouvert à son

nom auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne.

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

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

---

## 9. Défaut de paiement des cotisations

---

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

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

## IV. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX DROITS ET INFORMATIONS DES ASSURÉS

---

### 10. Information des Assurés

---

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

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

**Le Souscripteur est tenu d'informer les Assurés par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu un (1) mois avant la date prévue de son entrée en vigueur.**

---

## 11. Renseignements - Réclamations - Médiation

---

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du Contrat doivent être formulées auprès du Souscripteur.

En cas de désaccord avec une décision du Souscripteur et après qu'il aura présenté un premier recours auprès de ce dernier, l'Assuré peut s'adresser à la Médiation de l'Assurance :

### La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

**L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.**

---

## 12. Informatique et libertés

---

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

Ces informations sont à destination de l'Assureur, de ses délégataires, prestataires ou réassureurs.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification voire d'opposition pour motif légitime. Pour ce faire, l'Assuré peut adresser une demande écrite à **CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.**

---

## 13. Prescription

---

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

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;
- quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue

par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur au Souscripteur, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

---

#### **14. Autorité chargée du contrôle**

---

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

---

#### **15. Lutte anti blanchiment**

---

Comme toute compagnie d'assurances, l'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier modifié par l'ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009. C'est pourquoi le Souscripteur a l'obligation d'identifier et de connaître les Assurés. Les informations ainsi recueillies sont rendues accessibles à l'Assureur afin de lui permettre de respecter les obligations auxquelles il est soumis. Le Souscripteur atteste de l'origine des fonds destinés au paiement des primes et des cotisations du Contrat d'assurance.

### **V. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES**

---

#### **16. Base des garanties**

---

##### **Pour les membres participants :**

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

Cette base de garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet de l'année N-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

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

-si cette rémunération a été majorée ou minorée en raison de circonstances exceptionnelles, l'Assuré doit demander qu'il y soit substitué une rémunération correspondant à sa situation actuelle en fournissant toutes les justifications nécessaires au souscripteur avant le 31 décembre suivant l'année considérée ;

- s'il n'y a pas eu de rémunération l'avant-dernière année, c'est la dernière rémunération perçue qui est retenue ;

-en cas d'arrêt maladie prolongé au-delà d'une année civile, la dernière rémunération enregistrée par le souscripteur est reconduite pour le nouvel exercice.

Elle peut être révisée par un coefficient déterminé par le Conseil d'administration du Souscripteur.

##### **Pour les bénéficiaires cotisants :**

La base de garantie est la rémunération nette annuelle imposable, arrondie aux 100€ les plus voisins.

Cette base garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet de l'année n-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins. La rémunération retenue est celle perçue l'avant-dernière année.

S'il n'y a pas eu de rémunération l'avant-dernière année, c'est la dernière rémunération perçue qui est retenue.

---

#### **17. Subrogation**

---

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

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

---

#### **18. Prise d'effet des garanties**

---

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré :

- A la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat ;
- A compter de sa date d'entrée chez le Souscripteur, lorsqu'il est embauché postérieurement à la date de prise d'effet du Contrat, et fait partie de la catégorie de personnel

indiquée en Annexe 3 de la présente Notice d'information ;

- A compter le cas échéant de sa date d'entrée dans la catégorie de personnel indiquée en Annexe 3 de la présente Notice d'information.

---

## 19. Territorialité des garanties

---

Les garanties sont acquises dans le monde entier, dès lors que l'Assuré bénéficie d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de la Fonction publique.

---

## 20. Mise en œuvre des garanties

---

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

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

L'Assuré peut transmettre tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances :

**CNP Assurances**  
**TSA 57161**  
**4 Place Raoul Dautry**  
**75716 PARIS CEDEX 15**

L'Assureur se réserve la faculté de faire examiner l'Assuré par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties et de la poursuite du service des prestations conformément à l'article 21 de la présente Notice - Contrôle médical.

Une fois établi le droit à prestation, les prestations sont alors versées par l'Assureur au Souscripteur, qui se charge ensuite de les reverser à l'Assuré.

---

## 21. Contrôle médical – Conciliation – Tiers Expertise

---

### 21.1 - Contrôle Médical

La reconnaissance de l'invalidité par la Sécurité sociale ou de la Fonction publique pour permettre le versement d'une pension dans le cadre de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale par classement dans l'une des trois catégories d'invalides, ou d'une rente d'incapacité permanente dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles avec un taux d'incapacité au moins égal à 66 %,

constituent autant d'éléments de nature à justifier l'état d'invalidité.

Néanmoins, l'Assureur peut réserver sa décision dans l'attente des conclusions d'un contrôle médical de l'Assuré, effectué à la demande de l'Assureur.

Ce contrôle médical peut éventuellement être opéré auprès d'un médecin mandaté par l'Assureur et à ses frais.

Ce contrôle médical a pour but de vérifier que l'Assuré est bien en état d'invalidité permanente.

En cas de contrôle, dans le cadre de l'invalidité permanente totale, le médecin mandaté par l'Assureur détermine les taux d'invalidité permanente à partir de deux critères d'incapacité :

- une incapacité fonctionnelle,
- une incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle (IF) est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale, sur la base des critères d'évaluation de la dernière édition du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun du concours médical. Le taux IF varie de 0 à 100 % (Annexe 1).

Le taux d'incapacité professionnelle (IP) est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normal, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement dans une profession socialement équivalente, des possibilités de rééducation. Le taux IP varie de 0 à 100% (Annexe 1).

A partir du taux IF et du taux IP, le taux d'invalidité permanente dénommé également Taux Résultant d'Incapacité (TRI) est déterminé conformément au tableau repris en Annexe 1 de la présente Notice d'information par le Médecin-Conseil de l'Assureur.

En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'ITT ou de l'invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'Assureur est contestée par l'Assuré, une procédure de conciliation peut-être demandée par l'Assuré selon les modalités prévues à l'article 21.2 de la présente Notice d'information.

Au vu des conclusions du rapport de contrôle médical, l'Assureur notifie sa décision à l'Assuré.



## Article 21. 2 - Conciliation

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

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

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert

**et**

- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assuré au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur ainsi que son évolution depuis cette date.

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

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

### 21. 3 - Tierce Expertise

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

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

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

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

## 22. Cessation et suspension des garanties

Les garanties cessent pour chaque Assuré:

- à la date d'effet de la résiliation du Contrat
- à la date à laquelle l'Assuré ne fait plus partie de la catégorie du groupe assuré

- à la date de cessation de l'activité liant l'Assuré au Souscripteur
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ou de la Fonction publique
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9 de la présente Notice d'information.
- à la date de décès de l'Assuré

Le droit à garantie est interrompu en cas de suspension d'activité sans maintien de salaire, sauf dispositions contraires prévues par la présente Notice d'information.

## **VII. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE**

### 23. Objet

La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT) a pour objet le versement d'une prestation périodique proportionnelle à la base de garantie précisée en Annexe 3 de la présente Notice d'information sous forme d'une rente d'invalidité à tout Assuré qui se trouve dans l'obligation d'interrompre son activité à la suite d'une maladie ou d'un accident survenant pendant la période de garantie.

### 24. Risques exclus

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

- **les conséquences de tentative de suicide de l'Assuré,**
- **les conséquences des faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré,**
- **les conséquences de guerre civile et étrangère, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,**
- **les conséquences de la participation volontaire et violente de l'Assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires,**
- **les conséquences de démonstrations, acrobaties, courses, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs,**
- **les conséquences des rixes, jeux et paris,**

- les conséquences de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- le sinistre qui survient alors que l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par l'article L. 234-1 du code de la route et relevant des délits,
- les conséquences de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- les conséquences de vols sur aile volante, sur ULM, de la pratique de parapente, de saut à l'élastique ou en parachute,
- les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

la cessation des arrérages de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale.

#### **Règle de cumul**

**Le cumul de la prestation due par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité, de la prestation reçue de la Sécurité sociale ou de la Fonction Publique, et le cas échéant de la rémunération versée par le Souscripteur ne peut à aucun moment excéder 80 % de la rémunération nette.**

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

#### **Cessation du service de la rente**

Le service des prestations cesse :

- à la fin du mois au cours duquel l'Assuré atteint l'âge de 65 ans,
- à la date de reprise d'une activité rémunérée par l'Assuré, excepté dans le cadre d'une reprise en temps partiel thérapeutique,
- à la date à laquelle l'Assuré ne répond plus à la définition de l'Invalidité permanente selon la constatation de l'Assureur à la suite d'un contrôle médical,
- en cas de décès de l'Assuré.

---

## **25. Bénéficiaire**

---

Le bénéficiaire est l'Assuré.

---

## **26. Prestations**

---

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

Pour les sinistres survenus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'Assureur garantit le service d'une rente jusqu'au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.

Le service de cette rente est assuré dès la date de reconnaissance de l'invalidité permanente totale.

Le montant de la rente journalière est fixé en pourcentage de la base des garanties, précisée en Annexe 3 de la présente Notice d'information.

En cas de modification de l'état d'invalidité de l'Assuré, la rente sera ajustée en conséquence.

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

En cas de cessation de service de la rente quelle qu'en soit la cause, un prorata est versé pour la période courue de la date de la dernière échéance trimestrielle payée par l'Assureur jusqu'au jour de

---

## **27. Formalités en cas de sinistre**

---

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

- le titre de pension d'invalidité de la Fonction Publique,
- l'attestation médicale d'Invalidité, disponible auprès du service médical de l'Assureur,
- les notifications de la Sécurité sociale classant l'Assuré en invalidité permanente, ainsi que les récépissés successifs de la rente servie par cet organisme,
- toute autre pièce nécessaire à la liquidation des prestations dues, y compris les pièces justifiant le règlement de prestations autres que celles servies par la Sécurité sociale (Attestations de règlement par Pôle Emploi ou des services de l'Etat versant les allocations chômage, copie des bulletins de paie correspondant à la période de reprise du travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique),
- un relevé d'identité bancaire au nom du Souscripteur ou, le cas échéant, au nom de l'Assuré.

L'Assureur peut indiquer à l'Assuré, les pièces justificatives complémentaires à fournir, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil. Le versement d'une ou des prestations est subordonné à la complétude du dossier. Les pièces justificatives nécessaires à l'étude de

dossier n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre.

**Chaque 1er janvier doit être fournie une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en Annexe 2), ainsi que la copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition (en cas de cessation d'activité) ; faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.**

**Les pièces doivent être adressées par l'Assuré ou le Souscripteur dans les six mois suivant la date d'arrêt de travail. A défaut de déclaration**

**de sinistre dans ce délai, une déchéance partielle de garantie peut être appliquée conformément à l'article L 113-2 4° du code des assurances, dès lors que cette déclaration tardive cause un préjudice à l'Assureur. Le versement des prestations débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur. Le versement des prestations débutera alors au jour de réception du dossier complet par l'Assureur.**



## ANNEXE 1 – BARÈME D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Le Taux Résultant d'Incapacité (TRI) résulte du croisement de deux taux : le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle.

**Le taux d'incapacité fonctionnelle** est apprécié lors du contrôle médical sur la base des critères d'évaluation de la dernière édition du Barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun dit « du Concours Médical ». **Le taux d'incapacité fonctionnelle varie entre 0 % et 100 %.**

Si le taux retenu est égal à 0 %, il n'existe pas d'incapacité fonctionnelle.

Lorsqu'il est compris entre 1 % et 20 % il est arrondi à 20 %. Lorsqu'il est supérieur à 20 % il est arrondi à la dizaine supérieure selon les trois exemples suivants : 28 % arrondi à 30 % ; 40 % reste 40 % ; 41 % arrondi à 50 %.

**Le taux d'incapacité professionnelle** varie entre 0 % et 100 % et s'apprécie en fonction de la capacité restante de travail de l'Assuré sur la base des critères précisés ci-dessous :

Taux d'incapacité professionnelle	L'Assuré est capable physiquement et/ou mentalement d'exercer :
<b>0 %</b>	Totalement la profession exercée au moment ou antérieurement à la prise en charge en Invalidité Permanente
<b>20 %</b>	Totalement une activité professionnelle différente de la profession exercée au moment ou antérieurement à la prise en charge en Invalidité Permanente et au moins socialement équivalente
<b>50 %</b>	Partiellement la profession exercée au moment ou antérieurement à la prise en charge en Invalidité Permanente soit totalement une activité professionnelle différente et non socialement équivalente
<b>70 %</b>	Partiellement une activité professionnelle différente et non socialement équivalente
<b>100 %</b>	Aucune profession quelconque et/ou aucune activité pouvant procurer gain ou profit

**Le taux d'incapacité professionnelle varie entre 0 % et 100 %.**

Les valeurs des Taux Résultant d'Incapacité (TRI) en fonction des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle, sont les suivantes :

Taux d'incapacité professionnelle (IP)	Taux d'incapacité fonctionnelle (IF)								
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
<b>20 %</b>	20	26	32	37	42	46	50	55	58
<b>50 %</b>	27	36	43	50	56	63	68	74	79
<b>70 %</b>	30	40	48	56	63	70	77	83	89
<b>100 %</b>	34	45	54	63	71	79	86	93	100
<b>Valeurs du TRI en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle (IF) et du taux d'incapacité professionnelle (IP)</b>									

Les TRI inférieurs à 33 % ne donnent pas lieu à une reconnaissance d'une invalidité permanente.

Les TRI compris entre 33 % et 66 % peuvent donner lieu à la reconnaissance d'une invalidité permanente partielle.

Les TRI supérieurs à 66 % peuvent donner lieu à une reconnaissance d'une invalidité permanente totale.

## **ANNEXE 2 – MODÈLE DE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR VALANT CERTIFICAT DE VIE**

### **à remplir en lettres capitales**

**Je soussigné (e)** Mme, M. (Nom) .....

**Nom de jeune fille** (pour les femmes mariées, divorcées et veuves) .....

**Prénoms** (selon l'ordre de l'état civil) .....

**Né (e) le** à .....

**Demeurant (adresse complète)** .....

.....

.....

**Déclare remplir les conditions pour recevoir** (prestation à préciser) .....

Conformément aux dispositions fixées par le contrat d'assurance de groupe :

N° du contrat : .....

Entreprise : .....

N° Dossier : .....

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

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance, et sont destinées, à cette fin, à l'Assureur et ses prestataires.

L'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant qu'il peut exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry 75716 PARIS CEDEX 15.

Fait à ....., le .....

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

---

<sup>1</sup> Article **441-7 du code pénal** : « 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 3 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. »

<sup>2</sup> Article **313-1 du code pénal** : « 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. »

<sup>3</sup> Article **313-3 du code pénal** : « La tentative des infractions prévues par la présente section est punie des mêmes peines. Les dispositions de l'article 311-12 du code pénal sont applicables au délit d'escroquerie. »

### ANNEXE 3

## **PRISE D'EFFET DU CONTRAT**

- Le Contrat a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

### **GROUPE ASSURÉ**

#### **Les membres participants et les bénéficiaires cotisants ayant adhéré au contrat invalidité souscrit par la Mutuelle.**

Peuvent avoir la qualité de Membres participants, les personnes :

1/ qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- rémunérées par un service situé dans le ressort du Souscripteur ;

2/ et qui satisfont à l'une des conditions ci-après :

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

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

2.3 - avoir cessé d'être Membres participants :

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

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

Ont la qualité de bénéficiaires cotisants :

1/ le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou concubin d'un membre participant, ne pouvant prétendre à la qualité d'ayant droit au titre du régime obligatoire d'assurance maladie de la Sécurité sociale ;

2/ les enfants d'un membre participant, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire de la Sécurité sociale ;

3/ les enfants handicapés d'un membre participant, ayants droit au titre de l'assurance maladie obligatoire de ce dernier ou du conjoint de celui-ci lors de la survenance du handicap et âgés de plus de 20 ans ;

4/ les agents employés en qualité d'apprentis dans un service du ressort de la Mutuelle ;

5/ tout assuré social descendant, frère ou sœur d'un membre participant ;

6/ les médecins de prévention exerçant leur activité dans un service du ressort de la Mutuelle.

Dans tous les cas, la demande d'adhésion des bénéficiaires cotisants doit être formulée par l'intéressé lui-même, soit avant l'âge de 35 ans, soit dans un délai de cinq ans à compter de l'événement permettant leur admission en qualité de bénéficiaires cotisants.

# DESCRIPTIF DES GARANTIES

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS
<b>INVALIDITE</b>	<b>Exprimées en %</b>
<b>- Invalidité permanente totale :</b> taux supérieur ou égal à 66 % ou invalidité de 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> catégorie <sup>4</sup> .	<b>Versement d'une rente :</b> Prestation plafonnée à 36% de la base garantie, calculée en fonction de la perte de salaires subie et sans que le cumul de la pension civile de retraite et de la rente n'excède 80% de la base garantie.

---

<sup>4</sup> Taux déterminé par la Sécurité sociale ou invalidité telle que défini par la Sécurité sociale ou de la Fonction publique.