

Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et Frais d'obsèques

Cette notice d'information est destinée aux assurés du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° 9697 Q (le « Contrat »), souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances 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. Nature et objet du contrat

Le Contrat n° 9697 Q, constitué des présentes Conditions Générales et de ses Conditions Particulières, a pour objet de proposer une couverture prévoyance comprenant une garantie Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et le financement des Frais d'obsèques au bénéfice des Assurés du Souscripteur.

Ce 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.

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 salariés sont précisés en Annexe 1 de la présente Notice.

2. Intervenants au Contrat

L'assureur est CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris – entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry, 75716 Paris cedex 15, ci-après dénommée « l'Assureur ».

Le souscripteur du Contrat est la Mutuelle Centrale des Finances – dont le siège social est situé 5-7 avenue de Paris – CS 40009 – 94 306 Vincennes cedex – N° immatriculation RNM : 302976568, ci-après dénommée le « Souscripteur ».

3. 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 : Toutes les personnes ayant la qualité de membre participant, ou de conjoint d'adhérent, ou de bénéficiaire cotisant du Souscripteur.

Ayants Droit : Peuvent être affiliés au titre du Contrat, les Ayants droit du Membre, tels que définis ci après :

- le conjoint de l'Adhérent, à défaut son partenaire auquel l'Adhérent est lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ou à défaut son concubin,

- ses enfants s'ils vivent au foyer et ceux de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, à condition :

- d'être âgés de moins de 18 ans et à charge au sens de la Sécurité sociale,

- d'être âgés de plus de 18 ans et de moins de 21 ans s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures, s'ils sont inscrits à Pôle Emploi, et sans limite d'âge s'ils sont reconnus avant l'âge de 21 ans handicapés ou en état d'incapacité de travail s'ils sont atteints d'une maladie ou d'un handicap.

- ses ascendants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou partenaire de PACS.

Conjoint : personne mariée à l'Assuré.

Partenaire de Pacs : 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, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Concubin : Personne de sexe différent ou de même sexe 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) .

4. Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Les informations précontractuelles spécifiques à la commercialisation à distance sont :

- Le Contrat n° 9697 Q est assuré par CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris - dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry – 75716 Paris cedex 15.

- Le Contrat n° 9697 Q est souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances – dont le siège social est situé 5-7 avenue de Paris – CS 40009 – 94 306 Vincennes cedex – N° immatriculation RNM : 302976568.

- Le Contrat n° 9697 Q est géré par CNP Assurances, société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré – 341 737 062 RCS Paris – entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry, 75716 Paris cedex 15.

- L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75009 Paris est chargée du contrôle de CNP Assurances.

- Le montant de cotisation est indiqué sur le Certificat d'adhésion.

- L'adhésion se termine le 31 décembre suivant sa date de conclusion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction conformément aux articles 9.1 et 9.2 de la présente Notice d'information.

- Les garanties sont mentionnées aux titres VI.a et VI.b de la présente Notice d'information et à leurs sous articles respectifs.

- Les exclusions du Contrat n° 9697 Q sont précisées aux articles 7, 12, 24 et 34 de la présente Notice d'information.

- L'offre contractuelle contenue dans la simulation est valable 30 jours et au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de son émission.

- Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 9.1, 25 et 35 de la présente Notice d'information.

- L'adhésion au Contrat n° 9697 Q s'effectue selon les modalités décrites à l'article 9 de la présente Notice d'information.

- Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 11 de la présente Notice d'information. Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom

de l'Assuré ou ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

- Les frais afférents à la vente à distance – coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de port liés à l'envoi des documents contractuels par l'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 14 et suivants de la présente Notice d'information.

- 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 15 de la présente Notice d'information.

- 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).

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

Le Contrat prend effet à la date précisée en Annexe 1 de la présente Notice d'information jusqu'au 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier, sauf résiliation par le Souscripteur ou l'Assureur, par lettre recommandée, au moins deux mois avant cette date.

En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, par l'une des parties, les adhésions antérieures à la date d'effet de cette résiliation seront maintenues par CNP Assurances et resteront régies par les présentes dispositions.

6. Modification en cours de vie du Contrat

Le Souscripteur et l'Assureur se réservent le droit de modifier le 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 trois mois avant leur date de prise d'effet.

7. Fraude ou 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

8. Population assurable

Pour bénéficier des garanties souscrites par le Souscripteur, l'Assuré doit faire partie de la catégorie des Membres, indiquée en Annexe 1 de la présente Notice d'information.

9. Formalités d'adhésion

Pour la garantie Décès, l'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur. Elle consiste en un contrôle médical exercé sous la forme d'un questionnaire de santé, éventuellement complété par une visite auprès d'un médecin désigné par l'Assureur qui en supporte les frais.

Pour le financement des Frais d'obsèques, la garantie doit être souscrite dans les 5 ans suivant l'adhésion de l'Assuré auprès du Souscripteur.

Ces formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les Assurés.

9.1 – Date de conclusion de l'adhésion et durée de l'adhésion

L'Adhésion est conclue à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, au plus tard 6 mois à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion et, au plus tôt le lendemain de la réception par l'Assureur de l'accord écrit du candidat à l'assurance lorsque celui-ci est admis avec restriction de garantie ou majoration de tarif.

L'Adhésion est conclue au plus tard six (6) mois à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion.

L'Adhésion se termine le 31 décembre suivant et se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1er janvier, sauf dénonciation par l'Assuré, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux (2) mois avant cette date.

9.2 – Cessation de l'adhésion

L'Adhésion cesse :

- en cas de renonciation dans les conditions visées à l'article 14 de la présente Notice d'information ;
- en cas de dénonciation de l'Adhésion à l'échéance annuelle dans les conditions décrites à l'article 9.1 de la présente Notice d'information ;
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat ;
- à la date à partir de laquelle l'Assuré ne remplit plus les conditions visées à l'article 8 de la présente Notice d'information ;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 12 de la présente Notice d'information ;
- au jour du décès de l'Assuré ;

III. DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS

10. Montant des cotisations

Pour le capital décès, les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle, fixée par tranches d'âges, dont le taux appliqué au capital garanti est précisé sur le Certificat d'adhésion.

Pour la garantie frais d'obsèques, les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle, d'un montant forfaitaire défini en Annexe 1 de la présente Notice d'information.

Les taux de cotisations sont revus périodiquement et peuvent être modifiés en fonction de l'évolution

démographique, de la réglementation, de l'évolution de l'indice de la Fonction Publique et des comptes de résultats.

11. Modalités de paiement des cotisations

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

Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Assuré ou ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

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

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

12. Défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation annuelle ou d'une fraction de cotisation annuelle par le Souscripteur dans le délai défini à l'article 11 de la présente Notice d'information. L'Assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure au Souscripteur dix (10) jours au plus tôt après la date limite de règlement de la cotisation, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente (30) jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la possibilité de procéder à la résiliation du présent 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

13. Information des Assurés

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

Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la 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 trois mois avant la date prévue de son entrée en vigueur.

14. Délai de renonciation

- Si le Contrat est vendu par démarchage :

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

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

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

- Si le Contrat est vendu à distance :

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

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

ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

- Dans tous les cas :

Quel que soit le mode de commercialisation, l'Assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours. L'Assuré bénéficie à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, y compris en cas de vente en face à face.

14.1 – Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser au Souscripteur 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 à ma garantie Décès et/ou Frais d'obsèques du Contrat n° 9697Q que j'ai signée le à (Lieu d'adhésion). Le (Date et signature) ».

14.2 – Effet de la renonciation

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

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 l'Assuré de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.
- 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 AR. 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.

15. 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 ou le bénéficiaire 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.

16. 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.**

17. 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, ce délai est porté à dix ans à compter de sa connaissance du décès. Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

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

18. Autorité chargée du contrôle

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

19. 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. DESCRIPTIF DES GARANTIES

20. 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.

21. 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.

VI. GARANTIES DÉCÈS – GARANTIES PTIA

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

22. Objet

La garantie a pour objet le versement d'un capital précisé en Annexe 1 de la présente Notice d'information en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie d'un Assuré (PTIA), survenant pendant la période de garantie.

Ce capital est versé au profit du (des) bénéficiaire(s) qu'il a désigné, ou de l'Assuré en cas de versement au titre de la PTIA

➤ Définition de la PTIA

Est considéré en état de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), 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 l'ensemble des 4 actes ordinaires de la vie : s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer.

Reconnaissance de l'état de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

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

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 se réserve le droit de faire pratiquer un examen médical à ses frais auprès d'un médecin désigné par ses soins.

L'Assureur notifiera ensuite sa décision à l'Assuré.

23. Modifications d'options

En cours d'adhésion et avant l'âge de 45 ans, l'Assuré a la possibilité de modifier son niveau de Capital à la hausse (choix d'un niveau supérieur), sous réserve de l'acceptation de l'Assureur et dans la limite des niveaux de capital prévus en Annexe 1 de la présente Notice d'information.

Si l'Assuré opte pour un niveau supérieur de Capital, la prise d'effet de cette nouvelle option, interviendra le 1er du mois suivant la demande, après accord de l'Assureur.

L'Assuré peut ensuite revoir à la baisse son niveau de Capital sans obtenir l'accord de l'Assureur.

24. 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.**
- **le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré ou par le(s) bénéficiaire(s).**

25. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserve de l'acceptation de l'Assureur, le premier jour du mois qui suit la date de signature du Bulletin d'adhésion.

26. Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque Assuré :

- à la date à laquelle l'Assuré perd la qualité de membre du Soucripteur,
- à la date d'effet de résiliation du Contrat,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion,
- en cas de renonciation, telle que décrite à l'article 14,
- en cas de non-paiement de la prime ou des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 12 des présentes Conditions Générales,
- en cas de règlement du capital au titre de l'invalidité permanente totale.

27. Bénéficiaires

En cas de décès:

En ce qui concerne le capital garanti en cas de décès de l'Assuré, sauf stipulation contraire, la désignation de bénéficiaire(s) est régie par la clause suivante :

- à son conjoint survivant 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, vivants ou représentés, 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 sans descendant,
- 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 autres héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

En cas de PTIA :

Le bénéficiaire de la prestation est l'Assuré.

28. Changement des bénéficiaires par l'Adhérent

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause figurant à l'article 27, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix.

Pour ce faire, le Souscripteur remet à l'Assuré un document établi par l'Assureur et relatif à la désignation de bénéficiaire(s) dans lequel celui-ci désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix.

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 exemplaire est conservé par le Souscripteur qui se charge de le transmettre à l'Assureur dans les plus brefs délais en cas de survenance du sinistre.

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

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

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

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

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

Cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable.

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

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

Si au jour du décès de l'assuré, le bénéficiaire n'est pas déterminé ou déterminable, la clause-type mentionnée à l'article 27 s'applique.

29. Revalorisation du Capital décès

Le capital garanti peut-être revalorisé annuellement chaque 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice de la Fonction publique.

30. Mise en œuvre de la garantie

La garantie est mise en œuvre à l'initiative du(des) bénéficiaire(s) qui présente(nt) à l'appui de (sa) leur demande les justificatifs nécessaires mentionnés à l'article 32.

Le(les) bénéficiaire(s) peut(vent) transmettre par l'intermédiaire du Souscripteur tout document à caractère médical, sous pli fermé, à l'attention du Médecin-Conseil de CNP Assurances.

31. Prestations

En cas de Décès:

Le montant du capital garanti est précisé en Annexe 1 de la présente Notice d'information.

Une fois établi le droit à prestation, le Capital décès est versé par l'Assureur au Souscripteur, qui se charge ensuite de le reverser aux différents bénéficiaires désignés par l'Assuré ou

selon la clause type figurant à l'article 27 de la présente Notice d'information.

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

En cas de PTIA :

Le capital est versé par l'Assureur au Souscripteur, qui se charge ensuite de le reverser à l'Assuré.

Le capital garanti fixé en Annexe 1 de la présente Notice d'information est exigible après la date à laquelle la preuve de l'existence de la PTIA aura été apportée. **Dans le cas où l'Assuré décède après la reconnaissance de la PTIA mais avant son règlement, le versement du capital garanti en cas de PTIA s'effectue au bénéfice de la succession de l'Assuré.**

Le règlement du capital au titre de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) met fin à la garantie décès.

32. Formalités en cas de sinistre

Les bénéficiaires doivent fournir au Souscripteur, dans les jours qui suivent la survenance du décès, les pièces suivantes :

En cas de Décès :

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- le certificat médical attestant du décès, disponible auprès du service médical de l'Assureur,
- l'attestation médicale d'Invalidité, disponible auprès du service médical de l'Assureur,
- les pièces justificatives de la qualité du ou des bénéficiaire(s) ainsi que la désignation de bénéficiaire(s) éventuelle.

Selon la qualité du (des) bénéficiaire(s), les pièces suivantes doivent accompagner la demande de prestation:

Conjoint :

- conjoint né en France : un extrait d'acte de naissance ou de mariage avec mentions marginales,
- conjoint né hors de France : une photocopie du livret de famille, tenu à jour, certifiée conforme par le conjoint ainsi qu'une attestation sur l'honneur du conjoint indiquant qu'il n'est ni séparé de corps, ni divorcé.- les pièces visées ci-dessus pour un Assuré marié.

Bénéficiaire ayant conclu un Pacte civil de solidarité avec l'Assuré :

- une attestation du pacte civil de solidarité établie par le tribunal d'instance, ainsi qu'une attestation sur l'honneur du partenaire indiquant qu'il n'est pas séparé.

Concubin :

- une attestation de concubinage si elle est délivrée par la mairie, ou à défaut, une attestation avec des témoins du concubinage et une facture aux deux noms.

Enfants :

- un extrait d'acte de naissance ou un acte de notoriété.

Bénéficiaire nommé désigné :

- un extrait d'acte de naissance ou une photocopie de la carte d'identité

En cas de PTIA :

L'Assuré doit fournir à l'Assureur, dans les jours qui suivent la survenance du sinistre, les pièces suivantes :

- la notification de la décision de Sécurité sociale le classant en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou en incapacité permanente à 100 % au titre de la réglementation des accidents de travail et maladies professionnelles,
- un certificat médical de son médecin traitant précisant si possible la cause de la PTIA ou l'attestation médicale d'Incapacité-Invalidité, disponible auprès du service médical de l'Assureur.

Dans tous les cas :

- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des bénéficiaire(s),
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ou ses) représentant(s),
- et le cas échéant, toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès.

Le Souscripteur peut indiquer à l'Assuré les pièces justificatives destinées à 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'invalidité et au plus tard dans un délai de 6 mois. 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 du capital s'effectuera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

VI.b - GARANTIE AIDE AU FINANCEMENT DES FRAIS D'OBSÈQUES

33. Objet

La garantie a pour objet le versement d'une somme forfaitaire destinée à financer les frais d'obsèques en cas de décès de l'Assuré et/ou de son conjoint et/ou de ses enfants à charge telle que définie à l'article 3 de la présente Notice d'information, survenant pendant la période de garantie.

Cette somme est versée à hauteur des frais d'obsèques réels à l'entreprise de pompes funèbres ayant réalisé les obsèques ou à la personne physique ou morale ayant supporté les frais d'obsèques, et ce dans la limite du montant maximum garanti précisé en Annexe 1 de la présente Notice d'information.

Le montant forfaitaire versé est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques.

Ne peuvent être couverts les personnes âgées de moins de 12 ans, les majeurs en tutelle, les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation indépendamment de leur âge (en vertu de l'article L. 132-3 du code des assurances).

34. 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,**
- **le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'Assuré,**
- **le suicide du conjoint,**
- **le fait intentionnellement causé ou provoqué par le conjoint.**

35. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré à la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat.

36. Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque Assuré :

- à la date à laquelle l'Assuré perd la qualité de membre du Soucripteur
- à la date d'effet de résiliation du Contrat
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion
- en cas de renonciation, telle que décrite à l'article 14 de la présente Notice d'information
- en cas de non-paiement de la prime ou des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 12 des présentes Conditions Générales

37. Bénéficiaires

La prestation forfaitaire est versée par le Soucripteur à la personne physique ou à l'organisme de pompes funèbres ayant pris en charge les obsèques à hauteur des frais engagés et dans la limite du montant maximum garanti.

Lorsque l'Assuré décédé avait auparavant souscrit un contrat Frais d'obsèques auprès d'un autre assureur, la prestation est alors versée à ses héritiers, selon la règle successorale et dans la limite du plafond prévu au contrat initial.

Toutefois, si le montant garanti est supérieur au montant prévu au Contrat, la prestation sera alors versée dans la limite maximum du plafond prévu au Contrat.

38. Prestations

Le montant de la somme forfaitaire est précisé en Annexe 1 de la présente Notice d'information.

La prise en charge est également limitée aux enfants de moins de vingt-et-un (21) ans en leur qualité d'ayant droit.

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

Le remboursement est effectué dans la limite du montant effectivement acquitté, sans

pouvoir excéder le plafond prévu en Annexe 1 de la présente Notice.

Le remboursement est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques.

39. Formalités en cas de sinistre

S'il s'agit de l'organisme de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques :

- la facture des prestations réalisées,
- un relevé d'identité bancaire au nom de l'organisme de Pompes Funèbres.

S'il s'agit de la personne physique ou la personne morale ayant réglé les obsèques :

- la facture originale acquittée au nom de la personne physique ou de la personne morale,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de sa pièce d'identité en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son ou ses représentants,
- un relevé d'identité bancaire à son nom.

L'Assureur peut indiquer à l'Assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s), des pièces justificatives destinées à 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.

ANNEXE 1

PRISE D'EFFET DU CONTRAT

- Le Contrat prend effet le 30 novembre 2016

GROUPE ASSURÉ

1- Les Membres adhérents :

- Les membres participants
- Les bénéficiaires cotisants

2 - Les conjoints et enfants des membres adhérents

Membres participants : 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, 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.

Bénéficiaires cotisants : la qualité de bénéficiaire cotisant est ouverte :

- au conjoint, au partenaire lié par un 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 ;
- aux enfants d'un membre participant, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire de la Sécurité sociale ;
- aux 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 ;
- aux veufs ou veuves admis en qualité d'ayants droit d'un membre participant titulaires d'une pension de réversion au titre du membre participant décédé ;
- aux agents employés en qualité d'apprentis dans un service du ressort du Souscripteur ;
- à tout Assuré social descendant, frère ou sœur, d'un membre participant ;
- aux médecins de prévention exerçant leur activité dans un service du ressort du Souscripteur.

DESCRIPTIF DES GARANTIES

GARANTIES DÉCÈS

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS
DÉCÈS – PTIA (1)	Capital exprimé en €
➤ Membre participant :	<p>- Avant 70 ans :</p> <p>Pour les actifs : capital simple, double ou triple (2).</p> <p>Pour les retraités : capital simple, double ou triple (3).</p> <p>- A partir de 70 ans :</p> <p>Capital simple ou un maximum de 45 800€ pour les souscripteurs initiaux de capitaux double ou triple respectivement supérieurs à 91 600€ et 137 400€.</p>
➤ Bénéficiaire cotisant, conjoint et enfants d'adhérent :	7 700€, 15 300€, 30 500€ ou 45 800€.
FRAIS D'OBSÈQUES	Montant forfaitaire exprimé en €
	Prestation dans la limite d'un montant maximum de 2 500 €.

(1) La garantie décès est offerte à la catégorie des membres adhérents jusqu'à leur 45^{ème} anniversaire, et au-delà, dans les 5 ans suivant leur adhésion auprès du Souscripteur, leur mariage, la naissance ou l'adoption de leur premier enfant.

(2) Le Capital simple, double ou triple, correspondant à 1, 2 ou 3 fois le revenu annuel net imposable, primes comprises (le revenu annuel est toutefois limité à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie).

(3) Le Capital simple, double ou triple, correspondant au dernier revenu annuel net imposable d'activité, primes comprises, ou un montant de capital choisi, (dans la limite maximum du dernier capital d'activité enregistré par le souscripteur).