



**Assurons  
un monde  
plus ouvert**

# **Notice d'information en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 est relative au contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire – INVALIDITÉ N°0642 Y –**

**Notice d'information à conserver par l'adhérent**

Cette notice d'information est destinée aux assurés du contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire invalidité N° 0642 Y, ci-après dénommé le « Contrat », souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances (MCF), ci-après dénommée « Souscripteur » ou « Mutuelle », auprès de CNP Assurances ci-après dénommée « l'Assureur ».

## **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 participants et bénéficiaires cotisants du Souscripteur tels que définis aux Statuts de ce dernier. Cette population doit répondre aux conditions prévues à l'article 6 « Groupe assuré » de la présente Notice.

L'adhésion du Membre participant au Contrat, a été rendue obligatoire sur décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale du Souscripteur conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité.

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

Il est régi par le code des assurances et la réglementation en vigueur.

---

## 2. Définitions

---

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

**Assuré** : Les Membres participants et Bénéficiaires cotisants du Souscripteur relevant du groupe assuré.

**Souscripteur** : La Mutuelle (personne morale) qui souscrit le Contrat au bénéfice de ses Membres. Mutuelle Centrale des Finances (MCF), Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 302976568 dont le siège social est situé 110 rue de Picpus, CE 80504 75131 PARIS Cedex 12.

**Support durable** : Tout instrument offrant la possibilité au Souscripteur du Contrat ou à l'Adhérent 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.

---

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

---

Le Contrat objet de la présente Notice d'information prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et cesse le 31 décembre suivant.

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

---

## 4. Modification en cours de vie du Contrat

---

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

En cas de modification des droits et obligations de l'Assuré, le Souscripteur du Contrat est tenu de l'informer par écrit au moins trois (3) mois avant la date de prise d'effet. Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de l'information à ses adhérents.

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

Toute révision du Contrat qui résulte de l'application impérative d'un texte législatif ou réglementaire s'impose aux Parties et sera donc portée au Contrat par voie d'avenant le cas échéant, sauf résiliation par l'une ou l'autre des Parties conformément à l'Article 3 « Prise d'effet – durée - renouvellement et résiliation du Contrat » de la présente Notice. Sauf mention contraire dans l'avenant, l'entrée en vigueur des

modifications est fixée à la date de prise d'effet du texte qui les impose.

---

## 5. Fausse déclaration

---

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de la part du Souscripteur entraîne la nullité de la souscription ou la réduction des garanties conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.**

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

---

## II – DISPOSITIONS AFFÉRENTES À L'ADHÉSION

---

---

### 6. Groupe assuré

---

Le Souscripteur s'engage à faire bénéficier de la garantie invalidité qu'il a souscrite ses Membres participants actuels et futurs, tel que déclarés par le Souscripteur et définis ci-après.

Aussi, le Souscripteur s'engage à proposer l'adhésion au contrat à ses Bénéficiaires cotisants définis dans les conditions prévues à l'article 6.2. « Bénéficiaires cotisants ».

#### 6.1 – Membres participants

Ont la qualité de Membres participants du Souscripteur, les personnes rémunérées par un service situé dans le ressort du Souscripteur et qui satisfont à l'une des conditions ci-après :

- être âgées de moins de 35 ans ou réunir depuis moins de 5 ans la condition définie ci-dessus de ressort et de rémunération ;
- être âgées de moins de 35 ans ou être intégrées ou être 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 ;
- les personnes admises à titre exceptionnel au sein de la Mutuelle, conformément à la définition figurant à l'article 9 des Statuts de la Mutuelle.

Sont également visées les personnes qui ont cessé d'être Membres participants :

- soit après avoir été affecté à l'étranger alors qu'elles n'étaient inscrites 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.

## 6.2 – Bénéficiaires cotisants

Ont la qualité de Bénéficiaires cotisants :

- le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin d'un Membre participant, affilié à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale,
- les enfants d'un Membre participant, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire de la Sécurité sociale,
- les enfants handicapés d'un Membre participant, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale et âgés de plus de 20 ans,
- les agents employés en qualité d'apprentis dans un service du ressort de la Mutuelle, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale,
- tout assuré social descendant, frère ou sœur d'un Membre participant, affilié à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale,
- les médecins de prévention exerçant leur activité dans un service du ressort du Souscripteur, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale,
- Les personnes admises à titre exceptionnel dans la Mutuelle, conformément à la définition figurant à l'article 9 des statuts de la Mutuelle.

répondant aux conditions définies dans les Statuts du Souscripteur. La demande d'adhésion des Bénéficiaires cotisants doit être formulée auprès du Souscripteur par les intéressés eux-mêmes, soit avant l'âge de 35 ans, soit dans un délai de cinq (5) ans à compter de l'événement permettant leur admission en qualité de bénéficiaires cotisants.

Le Bénéficiaire cotisant a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son affiliation a pris effet.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, un nouveau délai de trente (30) jours court à compter de la remise de la (nouvelle) notice d'information.

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Assureur une lettre recommandée rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M (Mme).....  
(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 0642Y que j'ai signée le ..... à ..... (Lieu d'adhésion).  
Le ..... (Date et signature) ».

L'Assureur procède alors au remboursement sur le compte bancaire du Souscripteur, délégataire de gestion, de l'intégralité des cotisations éventuellement versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

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, les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Souscripteur, délégataire de gestion, de la lettre de renonciation en recommandé.
- 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. L'Adhérent 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.

## **III – DISPOSITIONS AFFÉRENTES AUX COTISATIONS**

### **7. Montant de la cotisation**

La garantie est accordée moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, telle que définie ci-dessous.

L'assiette des cotisations est la base de garantie telle que définie à l'article 16 ci-dessous « Base de garantie ».

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 de la cotisation

---

Le Souscripteur est débiteur de l'ensemble des cotisations annuelles à l'égard de l'Assureur.

La cotisation annuelle est payable par le Souscripteur trimestriellement à terme échu dans les trente (30) premiers jours suivant chaque échéance. Le paiement de la cotisation est effectué par le débit d'un compte ouvert au nom du Souscripteur.

Le paiement des cotisations est effectué, auprès du Souscripteur, au choix de l'assuré :

- Par prélèvement bancaire sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré, en vertu du mandat de prélèvement SEPA dûment signé.
- Par chèque,
- Par virement.

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 de la cotisation

---

**À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans le délai prévu à l'Article 8 « Modalités de paiement de la cotisation », l'Assureur suspend les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure.**

**Conformément à l'article L.113-3 du code des assurances, l'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa dudit code.**

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

---

### 10. Information des Assurés

---

Le Souscripteur remet aux Assurés, d'une part, la Notice d'information 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, et d'autre part, le DIP (le document d'information normalisé prévu par l'article L. 112-2 du code des assurances).

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 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 l'information à ses Adhérents.**

---

### 11. Réclamations – Médiation

---

En cas de difficulté relative à l'application du Contrat, il est d'abord recommandé à l'Assuré ou au(x) bénéficiaire(s) de formuler leur demande auprès du Souscripteur dont les coordonnées figurent aux Conditions Particulières et dans la Notice d'information ou auprès de l'Assureur aux coordonnées suivantes :  
Par voie postale : CNP Assurances – Business Unit Réseau Amétis et protection sociale - Département gestion et relation clients 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Par voie électronique :

<https://www.cnp.fr/particuliers/contact/deja-assure>

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

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

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.

---

### 12. Prescription

---

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du Contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;

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

Conformément à l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- Une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ;
- L'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait ;

La prescription est également interrompue par :

- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre ; ou
- L'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée :
  - o Par l'Assureur au Souscripteur ou l'Assuré, le cas échéant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ; ou
  - o Par l'Assuré ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

---

### **13. 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.**

---

### **14. Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme – Gel des avoirs – Lutte contre la corruption 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 financement du terrorisme, aux mesures de gel des avoirs, la lutte contre la corruption ainsi qu'au respect des sanctions économiques et financières.

**A ce titre, l'Assureur a 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 de respecter les obligations auxquelles il est soumis.**

---

### **15. Lutte contre la corruption**

---

CNP Assurances applique une tolérance zéro à l'égard de toute forme de corruption.

Leur politique de lutte contre la corruption peut être fournie sur simple demande, et leur code de conduite groupe, intitulé, pour CNP Assurances, C@pEthic, peut être consulté sur le site web cnp.fr.

Le Souscripteur s'engage non seulement à ne participer à aucun acte de corruption, mais également à ne participer à aucune action qui, pour un tiers de bonne foi, donnerait l'apparence d'un acte de corruption.

Le Souscripteur informe immédiatement CNP Assurances sur d'éventuels risques de corruption.

Le Souscripteur veille à ne pas recevoir ou donner des cadeaux ou avantages de ou à quelque personne que ce soit dans le cadre de la présente convention.

Le Souscripteur s'engage également à appliquer une vigilance particulière dans le cadre d'une collaboration avec des agents publics, fonctionnaires ou des personnes politiquement exposées (PPE), ainsi que dans ses démarches de recrutement, pour toujours éviter toute apparence d'une forme de corruption.

Le Souscripteur veille à ce que ses délégataires ou sous-traitants ou fournisseurs appliquent des règles équivalentes en matière de lutte contre la corruption.

## V – DISPOSITIONS AFFÉRENTES À LA GARANTIE INVALIDITÉ

### 16. Base de garantie

Les cotisations et les prestations sont calculées à partir de la base de garantie définie ci-après.

**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. La base de garantie 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.

La base de garantie ne peut excéder le plafond maximum garanti fixé à 60 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale 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. 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 ;
- sur demande du membre participant, la base garantie peut être limitée au traitement indiciaire brut ou à un montant justifié.

### 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 et durée de la garantie

**Pour les Membres participants** : la garantie prend effet à compter de la date d'entrée dans le groupe assuré tel que défini à l'article 6 « Groupe assuré ».

**Pour les Bénéficiaires cotisants** : la garantie prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit la réception par l'Assureur de la demande d'adhésion transmise par le Souscripteur. Le Bénéficiaire cotisant peut dénoncer son adhésion au 31 décembre d'un exercice par lettre recommandée avec avis de réception. Cette dernière doit parvenir à l'Assureur au plus tard le 31 octobre de l'année concernée.

Les assurés sont garantis par le Contrat objet de la présente Notice tant qu'ils restent Membres participants ou Bénéficiaires cotisants du Souscripteur et qu'ils exercent une activité salariée.

### 19. Territorialité de la garantie

**La garantie n'est acquise qu'aux Assurés exerçant leur activité professionnelle en France métropolitaine et dans les DROM (Départements et Régions d'Outre-Mer).**

**Il est précisé qu'en cas de sinistre survenant hors de France, les prestations ne pourront être versées qu'à compter du retour de l'Assuré à son domicile en France, permettant l'exercice du contrôle médical prévu aux articles 21 « Contrôle médical – Conciliation – Tierce Expertise » de la présente Notice.**

### 20. Mise en œuvre de la garantie

La garantie est mise en œuvre à l'initiative de l'Assuré qui présente à l'appui de sa demande les justificatifs nécessaires au Souscripteur. Ce dernier transmet à l'Assureur tous les éléments nécessaires au traitement de la demande.

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 l'Assureur :**

**CNP Assurances  
TSA 77163  
4 Place Raoul Dautry  
75716 Paris Cedex 15**

**La production des justificatifs définis à l'Article 27 « Formalités en cas de sinistre » est impérative pour obtenir le paiement des prestations.**

---

## 21. Contrôle médical – Conciliation – Tierce Expertise

---

### 21.1 – Contrôle médical

**L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé (notamment celles du Comité médical et de la Commission de réforme).**

**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 totale.

**En outre, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée 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 « Conciliation ».

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

### 21.2 – Conciliation

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur suite au contrôle médical réalisé par un médecin désigné par l'Assureur, 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 cette reconnaissance ou ce contrôle.

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

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert et
- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'Assuré au jour de la reconnaissance de l'invalidité ou 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 de la garantie

---

**La garantie cesse pour chaque assuré :**

- à la date d'effet de la résiliation du Contrat objet de la présente Notice ;
- en cas de renonciation dans les conditions visées à l'article 6.2 « Bénéficiaires cotisants » ;
- en cas de dénonciation de l'Adhésion à l'échéance annuelle dans les conditions décrites à l'article 6.2 « Bénéficiaires cotisants » ;
- à la date à laquelle l'Assuré ne fait plus partie de la catégorie du groupe assuré ;
- au jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré ;
- à la date de cessation de l'activité liant l'Assuré au Souscripteur ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9 « Défaut de paiement de la cotisation » ;
- à la date de décès de l'Assuré.

En outre **les prestations peuvent être suspendues** en cas de :

- non communication à l'Assureur de pièce(s) justificative(s),
- non présentation à un contrôle médical ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9 « Défaut de paiement de la cotisation ».

## VI – GARANTIE INVALIDITÉ TOTALE

### 23. Objet de la garantie

La garantie Invalidité totale a pour objet le versement d'une prestation périodique proportionnelle à la base de garantie sous forme d'une rente d'invalidité à tout Assuré considéré en invalidité totale pendant la période de garantie.

#### 23.1 – Pour l'Assuré relevant du régime général de la Sécurité sociale

Est considéré en état d'invalidité totale, l'assuré reconnu médicalement inapte à exercer une activité professionnelle rémunérée et dont l'invalidité est classée par le régime obligatoire d'assurance maladie en 2e ou 3e catégorie.

#### 23.2 – Pour l'Assuré relevant de la Fonction Publique

Est considéré en état d'invalidité totale, l'assuré reconnu médicalement inapte à exercer une activité professionnelle rémunérée et classé en invalidité par le comité médical ou la commission de réforme avec un taux fonctionnel d'invalidité supérieur à 50 %.

### 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.**

### 25. Bénéficiaire

Le bénéficiaire est l'Assuré.

### 26. Prestations

**L'Assureur garantit le service d'une rente en cas d'Invalidité totale telle que définie à l'article 23 « Objet de la garantie ».**

Le service de cette rente est assuré dès la date de reconnaissance de l'Invalidité totale par les organismes compétents.

**En cas de modification de l'état d'invalidité, la rente sera ajustée et pourra cesser.**

**Le montant de la rente est fixé à 36% de la base de garantie.**

Les rentes dues par CNP Assurances sont versées en complément et **sous déduction des rentes versées par la Sécurité sociale ou des pensions de retraite pour invalidité.**

Les rentes invalidité en cours de service, sont revalorisées à la date de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique.

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.

#### Règle de cumul

**Pour les Assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale, le cumul de la prestation due par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité, de la prestation reçue de la Sécurité sociale, de l'éventuelle rémunération versée par l'employeur,**

**et le cas échéant, sous déduction de la pension vieillesse pour inaptitude pour les bénéficiaires de rentes invalidité versées par l'Assureur antérieures à 2005, ne peut à aucun moment excéder 80 % de la base garantie.**

**Pour les Assurés relevant de la Fonction Publique, le cumul de la prestation due par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité et de la pension de retraite pour invalidité ne peut à aucun moment excéder 80 % de la base garantie.**

**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 pour les sinistres survenus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005,
- 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 de fin de service des prestations par la Sécurité sociale,
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- à la date à laquelle le niveau d'invalidité de l'Assuré constaté par l'Assureur à la suite d'un contrôle médical, n'est plus couvert,
- en cas de décès de l'Assuré.

Pour les sinistres survenus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et indemnisés au titre du précédent contrat d'assurance conclu entre les Parties, l'Assureur garantit le service d'une rente viagère à l'Assuré dont le montant est révisable à son 65<sup>e</sup> anniversaire.

En cas de résiliation du Contrat, les prestations en cours de service continuent d'être versées jusqu'au terme prévu de la garantie au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

## **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 de retraite pour invalidité de la Fonction Publique,
- les notifications de la Sécurité sociale classant l'Assuré en invalidité, ainsi que les récépissés successifs de la rente servie par cet organisme,
- l'attestation médicale d'Invalidité, disponible auprès du service médical de l'Assureur,
- 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,

- un relevé d'identité bancaire au nom du Souscripteur ou, le cas échéant, au nom de l'Assuré.

**L'Assureur peut demander à l'Assuré des pièces justificatives complémentaires, et ce afin d'étayer la demande de prise en charge conformément à l'article 1315 du Code civil. Le versement 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.**

Lors d'une demande de prestations, le Souscripteur atteste que l'Assuré appartenait au Groupe assuré défini à l'Article 6 « Groupe assuré » de la présente Notice à la date de survenance de l'événement.

**Chaque 1<sup>er</sup> janvier doit être fournie :**

- **une déclaration sur l'honneur valant certificat de vie (selon modèle fourni en Annexe ),**
- **en cas de rupture du contrat de travail, la copie de l'avis d'imposition ou de non-imposition.**

**Faute de justificatifs, les prestations sont suspendues.**

**Les pièces doivent être adressées par l'Assuré ou le Souscripteur dans les six (6) mois suivant la reconnaissance de l'état d'invalidité par la Fonction Publique ou la Sécurité sociale. 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 des prestations débutera alors au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.**

## **ANNEXE – 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 : .....

Mutuelle : .....

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.

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 vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance / le respect d'une obligation légale / l'exercice légitime par CNP Assurances.

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 à caractère personnel, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de CNP Assurances, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, 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.

<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 originairement 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 soit en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui, soit en vue d'obtenir un titre de séjour ou le bénéfice d'une protection contre l'éloignement. »

<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 sont applicables au délit d'escroquerie. » (cf. article 311-12 du code pénal)

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) en vous rendant sur le site Internet « cnp.fr », rubrique sur le RGPD ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (CNP Assurances - Délégué à la Protection des Données, 4 Place Raoul Dautry, 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr)

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

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 manuscrite « lu et approuvé »)