

NOTICE D'INFORMATION
relative au contrat d'assurance collective
en cas de Dépendance à adhésion facultative
N° 0658 Q
du personnel de la Banque de France

Contrat régi par le code des assurances et soumis à la législation fiscale française

1 - QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Le contrat n° 0658 Q dénommé « Contrat » souscrit par la BANQUE DE FRANCE, ci-après dénommée le « Souscripteur », auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée l'« Assureur », a pour objet de garantir le service d'une rente dépendance et des prestations en espèces aux Assurés qui se trouvent de façon définitive dans l'état de dépendance tel que défini à l'article 11.

Les Assurés bénéficient également de prestations d'assistance auprès de FILASSISTANCE, entreprise régie par le code des assurances, filiale de CNP Assurances, dont le descriptif figure en annexe 3 à la présente notice.

2 - QUI PEUT DEMANDER À ADHÉRER AU CONTRAT ?

Peut demander son adhésion tout agent ou salarié de la Banque de France ainsi que son conjoint, concubin ou partenaire pacsé, et leurs parents et beaux-parents à condition qu'ils soient âgés de moins de 75 ans et qu'ils accomplissent les formalités d'adhésion visées à l'article 3.

Tout ancien agent ou salarié de la Banque de France à la retraite et tout ayant droit d'un ancien agent ou salarié décédé bénéficiaire d'une pension de réversion, ainsi que leur conjoint, concubin ou partenaire pacsé peuvent également demander à adhérer au Contrat à condition qu'ils soient âgés de moins de 75 ans et qu'ils accomplissent les formalités d'adhésion visées à l'article 3.

Le groupe Assuré se compose des Assurés acceptés dans l'assurance à l'issue de ces formalités.

3 - QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION ?

Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les candidats à l'assurance.

• Demande d'adhésion

Le candidat à l'assurance doit remplir et signer une demande d'adhésion qu'il transmet à l'Assureur en précisant le niveau de couverture choisi et s'il souhaite adhérer à l'option « capital premières dépenses ».

Une photocopie recto/verso d'une pièce d'identité (Carte nationale d'identité, passeport ou carte de séjour en cours de validité) doit obligatoirement être jointe à la demande d'adhésion.

• Déclaration d'État de Santé et Questionnaire de Santé.

Le candidat à l'assurance doit répondre par « OUI » ou par « NON » aux questions de la Déclaration d'État de Santé.

S'il répond « NON » à toutes les questions il est admis dans l'assurance. S'il répond « OUI » à l'une des questions, il doit remplir un Questionnaire de Santé. La décision d'accepter ou de refuser le candidat dans l'assurance est prise par l'Assureur, après examen de ce Questionnaire, complété éventuellement par des renseignements médicaux ou, si nécessaire, par un examen médical.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré, concernant les réponses à la Déclaration d'État de Santé ou au Questionnaire de Santé, entraîne la nullité de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L.113-8 du code des assurances.

4 - DATE DE CONCLUSION, DURÉE ET RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et de la réception du dossier complet mentionné à l'article 3 :

- lorsque l'Assuré a répondu négativement à toutes les questions de la Déclaration d'État de Santé à la date de la réception de la demande d'adhésion par l'Assureur, le cachet de la poste faisant foi,

- lorsque l'Assuré a rempli le Questionnaire de Santé, au jour de la notification à l'Assuré, de l'acceptation du candidat dans l'assurance par l'Assureur.

La date de conclusion de l'adhésion retenue est mentionnée sur le certificat d'adhésion, qui est adressé à l'Assuré.

L'adhésion au Contrat est conclue pour une période allant de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours suivant cette date. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque premier janvier pour des périodes annuelles, sauf résiliation par l'Assureur en cas de non paiement de la cotisation ou par l'Assuré effectuée au moyen d'une lettre recommandée, deux mois au moins avant cette date.

5 - RENONCIATION À L'ADHÉSION

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Assuré. Il peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception de son certificat d'adhésion.

Pour cela, il lui suffit d'adresser au gestionnaire (pour le compte de CNP Assurances) : HUMANIS - TSA 20006 - 41972 Blois Cedex 9, une lettre recommandée rédigée sur le modèle ci-dessous.

« Je soussigné(e) M. (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 0658 Q que j'ai signée le à (lieu d'adhésion). Le (date et signature) ».

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité de la cotisation dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation 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.

Les dispositions du présent article s'appliquent également en cas de modification des garanties conformément à l'article 9 de la présente notice.

6 - QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Les garanties de l'Assuré prennent effet, sous réserve du paiement de la première cotisation :

- au premier jour du mois civil qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par l'Assureur, pour l'Assuré qui a répondu négativement à toutes les questions de la Déclaration d'État de Santé,
- au premier jour du mois civil qui suit l'acceptation de l'Assureur, si l'Assuré a rempli un Questionnaire de Santé.

Le certificat d'adhésion précise à l'Assuré accepté dans l'assurance la date d'effet des garanties.

En cas de défaut de paiement de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

7 - QUEL EST LE DÉLAI D'ATTENTE ?

Tout sinistre survenant dans un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet des garanties de l'Assuré ne donne pas lieu à garantie. Ce délai est porté à trois ans en cas de dépendance suite à une maladie psychiatrique. Il est supprimé en cas de dépendance résultant d'un accident.

On entend par « accident », toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

En cas de survenance d'un sinistre non pris en charge pendant le délai d'attente, l'adhésion est dénoncée et l'Assureur rembourse à l'Assuré le montant des cotisations versées.

8 - DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

L'Assuré reste garanti quels que soient son âge et l'évolution de son état de santé. Les garanties cessent toutefois de produire leurs effets dans les cas suivants :

- en cas de non-paiement de la cotisation, si la durée de paiement des cotisations a été inférieure à 5 années, conformément aux dispositions indiquées aux articles 23 et 24 de la présente notice ;
- en cas de renonciation de l'Assuré à son adhésion dans les 30 jours à compter de la date de réception du certificat d'adhésion, sauf si l'Assuré demande la prise en charge d'un sinistre dans les conditions fixées à l'article 5 de la présente notice ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'Assuré, notifiée par lettre recommandée deux mois avant le 1er janvier suivant, si la durée de paiement des cotisations a été inférieure à cinq années, conformément aux dispositions indiquées à l'article 24 de la présente notice ;
- en cas de survenance d'une dépendance de l'Assuré non prise en charge pendant le délai d'attente,
- en cas de décès de l'Assuré,
- en cas de licenciement ou de démission de l'Assuré, ou à la fin du contrat de travail, dans ces cas, l'Assureur proposera à l'Assuré de continuer à bénéficier des mêmes garanties dans le cadre d'un contrat individuel,
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat, ou au terme du Contrat quelle qu'en soit la cause. Toutefois, les garanties des Assurés dont l'adhésion est antérieure à cette date peuvent se poursuivre sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations correspondantes,
- à la date à laquelle la nullité de l'adhésion est prononcée en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré conformément à l'article L.113-8 du code des assurances.

9 - EST-IL POSSIBLE DE MODIFIER LES GARANTIES ?

a) par l'Assuré :

L'Assuré peut diminuer le montant de sa garantie (choix d'une couverture inférieure) et/ou renoncer à l'option « capital premières dépenses » sous réserve d'en aviser l'Assureur avant le 1er novembre par lettre recommandée. La modification prend effet au 1er janvier suivant.

Il peut également, dans le même délai, demander une augmentation de garantie (choix d'une couverture supérieure) et/ou opter pour « le capital premières dépenses ». Il doit alors accomplir les formalités d'adhésion définies à l'article 3.

La modification prend effet au 1er janvier suivant sous réserve de l'acceptation de l'Assureur et de l'application du délai défini à l'article 7.

Toutes les modifications sont faites aux conditions de garanties et de cotisations en vigueur à leur date de prise d'effet.

b) par l'Assureur et le Souscripteur :

Les modifications apportées par l'Assureur et le Souscripteur interviennent au 1er janvier de la nouvelle année d'exécution du contrat collectif, hors modifications réglementaires et législatives.

L'Assureur, sur délégation du Souscripteur, est tenu d'en informer tous les Assurés par écrit au moins trois mois à l'avance.

Ils ont la possibilité soit de modifier leurs garanties dans les conditions définies ci-avant, soit de dénoncer leur adhésion à effet du 1er janvier suivant en adressant à l'Assureur une lettre recommandée 2 mois au moins avant cette date.

La modification des garanties, la révision des cotisations ou toute autre modification du contrat collectif devra être effectuée par voie d'avenant, signé des deux parties.

10 - QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS ?

L'Assureur ne garantit pas les conséquences :

- de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré, de tentative de suicide,
- de l'usage de stupéfiant sans prescription médicale,
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non approuvés au regard de la réglementation en vigueur.

RECONNAISSANCE DE LA DÉPENDANCE

11 - COMMENT EST DÉFINIE LA DÉPENDANCE ?

Est reconnu en état de dépendance l'Assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

Dépendance fonctionnelle : Impossibilité totale d'effectuer seul certains des 6 Actes de la Vie Quotidienne définis ci-après suite à un handicap physique médicalement constaté.

Dépendance psychique : Impossibilité totale d'effectuer seul certains des 6 Actes de la Vie Quotidienne définis ci-après de façon spontanée, sans incitation, en raison d'une démence. Celle-ci doit être constatée médicalement par un psychiatre ou un neurologue, à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.

L'Assuré doit par ailleurs :

- soit être hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées,
- soit être hospitalisé en unité de long séjour,
- soit bénéficier à la fois des services de soins médicaux à domicile et de l'assistance d'une tierce personne, justifiés par certificat médical.

12 - QUELS SONT LES SIX ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ) ?

La toilette : capacité de satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.

L'habillement : capacité de s'habiller et de se déshabiller.

L'alimentation : capacité de se servir et de manger de la nourriture préparée et mise à disposition.

La continence : capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale, y compris, en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux. Le déplacement : capacité de se déplacer sur une surface plane à l'intérieur du logement ou de quitter son lieu de vie en cas de danger.

Les transferts : capacité de passer du lit à une chaise ou à un fauteuil et inversement.

13 - QUELS SONT LES NIVEAUX DE DÉPENDANCE ?

• Niveaux de dépendance

Le nombre d'actes de la vie quotidienne que l'Assuré est dans l'impossibilité d'effectuer seul définit son niveau de dépendance et lui donne droit à des prestations différentes.

Niveau 1 : l'Assuré est incapable d'effectuer 2 AVQ sur 6.

Niveau 2 : l'Assuré est incapable d'effectuer 3 AVQ sur 6.

Niveau 3 : l'Assuré est incapable d'effectuer 4 AVQ sur 6.

Niveau 4 : l'Assuré est incapable d'effectuer 5 ou 6 AVQ sur 6.

L'Assureur n'est pas lié par les éventuelles décisions des services publics pour déterminer l'état et le degré de dépendance de l'Assuré.

• Modification du niveau de dépendance

Le niveau de dépendance reconnu pourra évoluer en fonction de la modification de l'état de santé de l'Assuré. Un nouveau dossier médical devra être constitué, l'indemnisation au nouveau niveau de dépendance interviendra dès la reconnaissance par l'Assureur du nouvel état.

LES PRESTATIONS GARANTIES

14 - DÉLAI DE FRANCHISE

Les prestations sont dues à l'issue d'un délai de franchise de 3 mois décompté à partir de la date de reconnaissance de l'état de dépendance de l'Assuré par l'Assureur.

15 - QUELLES SONT VOS PRESTATIONS D'ASSURANCE ?

Pour chaque niveau de dépendance, l'Assureur propose des prestations spécifiquement adaptées.

L'Assuré choisit lors de l'adhésion le niveau de couverture qu'il souhaite parmi les 5 couvertures proposées. Ce choix détermine le montant de ses prestations en rente et capital.

Au 1er janvier de chaque année, le montant des garanties des adhésions en cours et des rentes en cours de paiement est revalorisé par référence au taux applicable aux pensions de la Banque de France, soit celui appliqué aux pensions civiles et militaires de retraites, sous réserve des disponibilités du fonds de revalorisation.

16 - LA RENTE DÉPENDANCE

Lorsque l'Assuré est reconnu par l'Assureur en état de dépendance de niveau 3, celui-ci lui verse une rente viagère mensuelle du montant correspondant à la couverture choisie à l'adhésion, ou ultérieurement dans les conditions de l'article 9.a).

Les montants de « rente dépendance » en fonction de la Couverture choisie sont indiqués en Annexe 1.

Lorsque l'Assuré est reconnu par l'Assureur en état de dépendance de niveau 4, celui-ci lui verse une rente viagère mensuelle doublée, du montant correspondant à la couverture choisie à l'adhésion, ou ultérieurement dans les conditions de l'article 9.a).

La rente est payable mensuellement à terme échu.

17 - LE CAPITAL « PREMIÈRES DÉPENSES »

L'option Capital « Premières Dépenses » est une garantie accessoire à la rente Dépendance. Elle ne peut donc pas être souscrite seule.

Lorsque l'Assuré, qui a choisi cette option lors de l'adhésion, ou ultérieurement dans les conditions de l'article 9.a), est reconnu en dépendance de niveau 2 (impossibilité d'effectuer seul 3 AVQ sur 6), l'Assureur lui verse un capital destiné à faire face aux premières dépenses (matériel spécialisé, aménagement...) et dont le montant dépend de la couverture choisie à l'adhésion, ou ultérieurement dans les conditions de l'article 9.a).

Les montants du Capital « Premières dépenses » en fonction de la Couverture choisie sont indiqués en Annexe 1.

Le capital est également versé en cas de reconnaissance de l'Assuré en dépendance de niveau 3 ou 4 (impossibilité d'effectuer seul 4 ou 5 ou 6 AVQ) s'il n'a pas été versé au titre d'un niveau précédent.

Il est versé une seule fois au cours de l'adhésion.

Des prestations d'assistance de FILASSISTANCE sont délivrées à l'Assuré en cas de dépendance. Elles sont modulées en fonction de son niveau de dépendance. Ces prestations sont décrites en annexe 3 à la présente notice.

19 - FORMALITÉS EN CAS DE DÉPENDANCE

L'examen de la demande de prestation intervient selon la procédure suivante : L'Assuré ou toute autre personne de son entourage doit adresser au gestionnaire HUMANIS - TSA 20006 - 41972 Blois Cedex 9, les pièces suivantes :

- le formulaire de demande de prestations « attestation médicale d'état de dépendance », rempli éventuellement avec l'aide du médecin traitant ou de l'entourage, signé de l'Assuré ou de son représentant légal, et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Service Contrôle des Sinistres de CNP Assurances,

- les justificatifs suivants :

- notification de la Sécurité Sociale plaçant l'Assuré en invalidité 3ème catégorie ou notification de la décision de la Commission de Réforme de la Banque de France donnant droit à la majoration spéciale de la pension d'invalidité accordée lorsque l'agent est dans l'obligation d'avoir recours d'une manière constante à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou certificat médical attestant que l'Assuré est incapable d'effectuer seul trois, quatre, cinq ou six des actes de la vie quotidienne (AVQ) et a besoin de l'assistance d'une tierce personne.

- ceux des justificatifs suivants qui correspondent à la situation de l'Assuré(e) :

- en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, bulletin de situation, certificat d'admission, attestation de présence, contrat d'hébergement, certificat de séjour, factures de frais de séjour.

- en cas de maintien à domicile : certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile et de l'emploi ou l'intervention d'une tierce personne, accompagné, si celle-ci est rémunérée, de justificatifs d'emploi (notamment : avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décomptes des heures effectuées à domicile, copies des chèques emplois-services...).

- en cas de dépendance consécutive à un accident survenu au cours du délai d'attente, tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec la dépendance.

- le cas échéant, un document certifiant l'attribution par les Pouvoirs publics à l'Assuré d'une prestation dépendance et indiquant le Groupe Iso- Ressources donnant lieu à cette prestation. Ce renseignement a une valeur indicative pour l'Assureur qui effectue sa propre évaluation du niveau de dépendance de l'Assuré.

Outre les justificatifs prévus ci-dessus, l'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier ainsi que de faire visiter, par un médecin de son choix, tout Assuré demandant à bénéficier des prestations. En cas de refus de l'Assuré, celui-ci perd tout droit à garantie.

Au cours du paiement de la prestation, l'Assureur se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de dépendance de l'Assuré. En cas de refus de l'Assuré, le paiement de la prestation cesse.

20 - PROCÉDURE DE CONCILIATION

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur doit lui faire parvenir un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure de conciliation et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

La procédure de conciliation est la suivante :

L'Assureur invite son médecin conseil et le médecin de l'Assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen. Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance.

Cette procédure n'est pas appliquée si le médecin de l'Assuré et le médecin conseil de l'Assureur peuvent signer un procès-verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé de l'Assuré.

COTISATIONS

21 - MONTANT

La cotisation annuelle est fixée, en fonction de l'âge de l'Assuré à l'adhésion et des options choisies, selon le barème figurant en annexe 1 à la présente notice. Le paiement de la première cotisation s'effectue par débit d'un compte au nom de l'Assuré ouvert auprès d'un établissement financier établi dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou dans un pays tiers imposant des obligations équivalentes en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

En cas d'adhésion d'un couple dans une période de 6 mois à compter de la première adhésion, une réduction de 10 % est appliquée sur le total des cotisations des deux Assurés, sous réserve de l'acceptation dans l'assurance des deux candidats et en l'absence de renonciation de l'un d'eux à son adhésion. En cas de résiliation ultérieure de l'un des deux Assurés (sauf décès ou séparation) cette réduction ne s'applique plus.

Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance, directement par l'Assuré à l'Assureur.

La cotisation correspondant à la garantie « capital premières dépenses » cesse d'être due à compter de l'échéance de cotisation suivant le versement du capital.

La cotisation correspondant à la garantie « rente » cesse d'être due à partir de l'échéance de cotisation suivant le début du service de la rente.

Les cotisations sont revalorisées à chaque échéance annuelle dans les mêmes conditions que les garanties. Au 1er janvier de chaque année, la revalorisation est déterminée par référence au taux applicable aux pensions de la Banque de France, soit celui appliqué aux pensions civiles et militaires de retraites, sous réserve des disponibilités du fonds de revalorisation.

22 - RÉVISION DES COTISATIONS

Le barème des cotisations applicable aux Assurés pourra aussi être révisé par l'Assureur en fonction de l'évolution des résultats.

L'Assureur, sur délégation du Souscripteur, en informe les Assurés qui ont la possibilité de modifier leur adhésion dans les conditions indiquées à l'article 9.a) ou de la dénoncer, en cas de désaccord, à effet du 1er janvier suivant en adressant à l'Assureur une lettre recommandée 2 mois au moins avant cette date.

23 - DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

En cas de défaut de paiement des cotisations, l'Assuré peut être exclu du bénéfice du Contrat.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Assuré sera informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du Contrat.

Toutefois, à partir de cinq années de cotisations payées par l'Assuré, il n'est pas procédé à cette exclusion mais à un maintien partiel de garanties, conformément aux dispositions de l'article suivant.

Tout sinistre ouvrant droit à garantie survenu pendant la période de garantie est pris en charge, même s'il est déclaré postérieurement à l'exclusion de l'Assuré pour défaut de paiement des cotisations, sous réserve que le droit à agir de l'Assuré ne soit pas prescrit.

24 - MAINTIEN DES GARANTIES

24.1 - Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

Les agents ou salariés de la Banque de France ont la possibilité de poursuivre le paiement de leurs cotisations afin de maintenir leurs garanties dans les cas de suspension listés ci-dessous.

S'ils ne poursuivent pas le paiement de leurs cotisations, l'Assureur suspend sans résiliation leur adhésion pendant la durée de suspension du contrat de travail.

CAS DE SUSPENSION

Congé spécial
Mise à disposition
Congé parental
Disponibilité
Discipline
Hors cadre
Détachement

24.2 - Maintien des garanties en cas de résiliation de l'adhésion ou de défaut de paiement de cotisation

En cas de résiliation de l'adhésion ou de défaut de paiement des cotisations, et sous réserve que l'Assuré ait cotisé pendant cinq années au moins, le droit à la garantie sous forme de rente est maintenu partiellement. Le montant de cette rente correspond au montant de la rente initialement prévue, auquel est appliqué le coefficient de maintien indiqué à l'annexe 2 de la présente notice.

Le barème de maintien de garanties est révisable annuellement dans les mêmes conditions que les cotisations.

En cas de maintien partiel des garanties, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie « capital premières dépenses » ni des prestations d'assistance.

DISPOSITIONS DIVERSES

25 - DATE D'EFFET, DURÉE, RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

Le Contrat porte effet à compter du 1er janvier 2010. Depuis le 1er janvier 2015 il cesse le 31 décembre suivant.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1er janvier, sauf résiliation par le Souscripteur ou l'Assureur, par lettre recommandée, au moins deux mois avant cette date. La résiliation prendra effet au 31 décembre de l'année civile concernée.

La cessation du Contrat fait cesser les admissions dans l'assurance.

Les garanties des assurés dont l'adhésion est antérieure à la date d'effet de la résiliation ou au terme du Contrat quelle qu'en soit la cause se poursuivent, si les assurés le demandent après information expresse de l'Assureur sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations correspondantes.

Les prestations en cours de service se poursuivent jusqu'à leur terme contractuel.

En cas de résiliation du Contrat, le montant des garanties des adhésions en cours et des rentes en cours de paiement est revalorisé au 1er janvier de chaque année par référence à l'évolution du point de retraite AGIRC constatée le 1er janvier de l'année N-1 par rapport au 1er janvier de l'année N-2. Le taux de revalorisation est défini de façon à pouvoir être

financé par les disponibilités du fonds de revalorisation.

L'Assureur conserve, en contrepartie des engagements maintenus, l'intégralité de la provision et du fonds de revalorisation.

26 - INFORMATION DES ASSURÉS

L'Assureur, sur délégation du Souscripteur, remet aux Assurés une 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. Il incombe à l'Assureur, sur délégation du Souscripteur, de conserver la preuve de la remise de la notice à l'Assuré.

L'Assureur, sur délégation du Souscripteur, est tenu d'informer les Assurés par écrit de toute modification éventuelle dans les garanties et leur mise en jeu trois mois au moins avant la date prévue de son entrée en vigueur.

27 - 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 fausse 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. Cette prescription spécifique s'éteint dans un délai maximal de trente ans suivant le décès de l'assuré.

En vertu de l'article L. 114-2 du code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée 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 de l'indemnité.

28 - AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

29 - 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 exclusivement à destination de l'Assureur, de ses délégataires, prestataires ou réassureurs, pour une utilisation strictement limitée à la seule exécution du Contrat.

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.

30 - RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

Pour toute réclamation, l'Assuré ou le(s) bénéficiaire(s) peu(ven)t s'adresser à l'Assureur.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré ou les bénéficiaires pourront s'adresser à 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.

31 - INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES À LA COMMERCIALISATION À DISTANCE

1° - Le contrat Dépendance n° 0658 Q à adhésion facultative est souscrit par la Banque de France auprès de CNP Assurances, entreprise régie par le code des assurances, située 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15, RCS Paris 341 737 062. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75009 Paris, est chargée du contrôle de CNP Assurances.

2° - Le montant de la cotisation est indiqué en annexe 1 de la présente notice. Les cotisations sont payables mensuellement à terme d'avance, directement par l'Assuré à l'Assureur.

3° - L'adhésion est conclue conformément à l'article 4 de la présente notice. Les garanties et exclusions de ce contrat collectif sont mentionnées aux articles 10 à 18 de la présente notice. Les garanties prennent effet sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

4° - L'adhésion au contrat Dépendance n° 0658 Q à adhésion facultative s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 3. Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées à l'article 21. Les frais afférents à l'adhésion à distance sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de CNP Assurances et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

5° - L'Assuré peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours suivant la date de réception de son certificat d'adhésion, dans les conditions visées à l'article 5 de la présente notice.

6° - Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.

7° - Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 30 de la présente notice.

8° - Il existe un fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurances de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25 juin 1999 - article L 431-1 du code des assurances) et un fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi 90-86 du 23 janvier 1990).

9° - 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)

32 - 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. C'est pourquoi, l'Assureur a l'obligation d'identifier et de connaître ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations de leurs contrats d'assurance.

ANNEXE 1 (COTISATIONS ET COUVERTURES)

COTISATIONS Toutes Taxes Comprises EN EUROS pour les garanties proposées par CNP Assurances (hors assistance)

Les cotisations ci-dessous sont calculées sur la base d'une rente dépendance prévue au titre de la couverture n° 1. Les cotisations annuelles ou mensuelles afférentes aux autres niveaux de couverture, tels que définis à l'article 16 de la présente notice d'information, sont obtenues en multipliant la cotisation annuelle ou mensuelle figurant dans le tableau ci-dessous par le niveau de couverture choisie (ex. : pour une personne de 50 ans ayant choisie une couverture de niveau 3, la cotisation annuelle est fixée à 288,72 euros (96,24 x 3)). Ces cotisations, quel que soit le niveau de couverture sont majorées automatiquement de 10,80 euros par an, soit 0,90 euros par mois au titre de la couverture assistance obligatoire.

Sont également mentionnées dans le présent tableau les cotisations annuelles et mensuelles afférentes à la garantie « Capital Première Dépendance ». Toutes les cotisations ainsi mentionnées varient en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion.

Âge à l'adhésion	Cotisations annuelles		Cotisations mensuelles	
	Rente : 158,61 euros Rente majorée : 317,22 euros	Capital Premières Dépense : 1 586,10 euros	Rente : 158,61 euros Rente majorée : 317,22 euros	Capital Premières Dépenses : 1 586,10 euros
50 ans ou moins	99,12	15,60	8,26	1,30
51 ans	103,20	16,32	8,60	1,36
52 ans	107,76	16,92	8,98	1,41
53 ans	112,56	17,76	9,38	1,48
54 ans	117,96	18,72	9,83	1,56
55 ans	123,48	19,44	10,29	1,62
56 ans	129,12	20,52	10,76	1,71
57 ans	135,36	21,60	11,28	1,80
58 ans	141,84	22,80	11,82	1,90
59 ans	149,04	24,12	12,42	2,01
60 ans	156,60	25,56	13,05	2,13
61 ans	164,28	27,12	13,69	2,26
62 ans	172,80	28,56	14,40	2,38
63 ans	181,68	30,12	15,14	2,51
64 ans	191,28	31,92	15,94	2,66
65 ans	201,24	33,84	16,77	2,82
66 ans	212,28	36,00	17,69	3,00
67 ans	224,04	38,16	18,67	3,18
68 ans	235,92	40,56	19,66	3,38
69 ans	249,00	43,32	20,75	3,61
70 ans	263,04	46,32	21,92	3,86
71 ans	278,88	49,44	23,24	4,12
72 ans	295,80	53,04	24,65	4,42
73 ans	314,04	56,76	26,17	4,73
74 ans	333,24	60,72	27,77	5,06

Les montants de « rente dépendance » en fonction de la Couverture choisie pour l'année 2018

Couverture choisie à l'adhésion	Dépendance de niveau 3 (impossibilité d'effectuer seul 4 AVQ sur 6) : rente mensuelle	Dépendance de niveau 4 (impossibilité d'effectuer seul 5 ou 6 AVQ sur 6) : rente mensuelle
Couverture 1	158,61 €	317,22 €
Couverture 2	317,22 €	634,44 €
Couverture 3	475,83 €	951,66 €
Couverture 4	634,44 €	1 268,88 €
Couverture 5	951,66 €	1 903,32 €

Les montants du Capital « Premières dépenses » en fonction de la Couverture choisie pour l'année 2018

	Montant du capital
Couverture 1	1 586,10 €
Couverture 2	3 172,20 €
Couverture 3	4 758,30 €
Couverture 4	6 344,40 €
Couverture 5	9 516,60 €

BARÈME DE MAINTIEN DES GARANTIES

En vigueur au 1^{er} janvier 2012

En cas de résiliation de l'adhésion ou de défaut de paiement des cotisations
(conformément à l'article 24 de la présente notice)

Durée de paiement des cotisations	Coefficient de maintien	durée de paiement des cotisations	coefficient de maintien
5 ans	16%	18 ans	46%
6 ans	18%	19 ans	48%
7 ans	21%	20 ans	50%
8 ans	25%	21 ans	52%
9 ans	28%	22 ans	54%
10 ans	30%	23 ans	56%
11 ans	32%	24 ans	58%
12 ans	34%	25 ans	60%
13 ans	36%	26 ans	62%
14 ans	38%	27 ans	64%
15 ans	40%	28 ans	66%
16 ans	42%	29 ans	68%
17 ans	44%	> 30 ans	70%

Annexe à la notice d'information du contrat d'assurance en cas de dépendance n° 0658Q

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les garanties d'assistance sont souscrites par CNP Assurances auprès de FILASSISTANCE au profit des Assurés du contrat d'assurance dépendance n° 0658Q de la Banque de France.

Vous bénéficiez des prestations d'assistance délivrées par FILASSISTANCE tout au long de votre adhésion au contrat dépendance sous réserve d'être domicilié en France. Ces prestations ne s'adressent donc pas aux Assurés domiciliés à l'étranger.

QUELQUES DÉFINITIONS

France : France métropolitaine, principauté de Monaco et DOM.

Assuré : toute personne physique, ayant adhéré au contrat d'assurance dépendance n° 0658Q.

Bénéficiaires : Bénéficient des prestations d'assistance l'Assuré et ses ayants droit domiciliés en France métropolitaine, en principauté de Monaco ou dans les DOM.

Proche parent : les ascendants et descendants au 1er degré et le conjoint de l'Assuré.

Conjoint de l'Assuré : la notion de conjoint est étendue au concubin notoire de l'Assuré et au partenaire ayant conclu un PACS avec l'Assuré.

Sinistre : tout événement justifiant l'intervention de FILASSISTANCE. Hospitalisation : tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

Titre de transport : pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe touriste.

Animaux de compagnie : animaux considérés usuellement comme « familiers », tels que chiens et chats.

ADHÉSION

FILASSISTANCE garantit les prestations d'assistance pendant toute la durée de l'adhésion au contrat d'assurance Dépendance n° 0658Q.

L'Assuré doit être domicilié en France métropolitaine, en Principauté de Monaco ou dans les DOM.

DATE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES

Les garanties entrent en vigueur à compter de la date de conclusion de l'adhésion au contrat Dépendance n° 0658Q.

Elles se renouvellent et cessent dans les mêmes conditions que celles définies dans la notice d'information du contrat d'assurance Dépendance n° 0658Q.

RÉSILIATION DES GARANTIES ASSISTANCE

La résiliation du contrat d'assurance Dépendance n° 0658Q entraîne automatiquement la résiliation des garanties assistance.

Toute modification législative ou réglementaire modifiant l'équilibre des garanties assistance peut entraîner la résiliation des seules garanties d'assistance.

Dans ce cas, FILASSISTANCE assure jusqu'à leur terme les prestations d'assistance dues au titre des sinistres survenus antérieurement à la résiliation des garanties d'assistance. CNP Assurances informe les Assurés de la résiliation des garanties d'assistance deux mois au moins avant sa date de prise d'effet.

COMMENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?

FILASSISTANCE intervient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, toute l'année. Toutefois, les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de FILASSISTANCE. Ainsi, il est indispensable de la contacter en précisant le n° de contrat F10D0253 afin d'obtenir un numéro de dossier, qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

À ce titre, FILASSISTANCE met à la disposition des bénéficiaires le numéro de téléphone suivant : 01 47 11 68 45.

À défaut de respecter cet accord préalable, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire n'est remboursée.

DÈS L'ADHÉSION AU CONTRAT

PRESTATION « INFORMATIONS ET PRÉVENTION »

Du lundi au vendredi de 9h à 18 h (et 24h sur 24, 7j/7 en cas de nécessité urgente), FILASSISTANCE apporte aide et conseil dans les domaines des informations de la vie courante et de la santé.

• SERVICE DE RENSEIGNEMENT GÉNÉRAL

À la demande du bénéficiaire et sur simple appel téléphonique de celui-ci FILASSISTANCE recherche et lui communique :

- des solutions adaptées et des intervenants adéquats (par exemple : professionnels de santé, établissements de santé, fournisseurs en équipements santé et services associés, ambulanciers),
- des renseignements concernant les voies de recours possibles après refus de prise en charge par le régime général de Sécurité sociale,
- des renseignements sur les formalités administratives liées à la prise en charge,
- des renseignements concernant la vie pratique et notamment :
 - l'habitation et le logement,
 - les salaires,
 - les assurances sociales, les allocations et les retraites,
 - les services publics,
 - le droit des consommateurs,
 - l'hygiène de vie (par exemple : alimentation),
 - la préparation aux voyages (précautions sanitaires et comportementales),
 - les effets secondaires des médicaments,
 - les vaccinations,
 - les informations générales sur les pathologies, la nutrition et les traitements. La prestation de renseignement est assurée par une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne peut en aucun cas être recherchée par l'Assuré dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

• AIDE A LA RECHERCHE D'ACTIVITÉS

FILASSISTANCE aide l'Assuré dans la recherche d'activités et le cas échéant le met en relation :

- avec des associations, clubs, entités dédiées au bien-être et au confort des seniors,
- ou des structures favorisant le maintien des capacités intellectuelles : notamment cours liés aux nouvelles technologies, cours de langues, d'informatique, de dessin.

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

• RECHERCHE DE PROFESSIONNELS DE L'HABITAT

FILASSISTANCE communique à l'Assuré (du lundi au vendredi de 9h à 18h et 24h/24 en cas d'urgence) les numéros de téléphone des entreprises les plus proches de son domicile dans les domaines suivants :

- plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie,
- peinture, tapisserie,
- réparation TV, électroménager,
- entretien divers.

Les frais engagés auprès de prestataires ou d'organismes sont à la charge de l'Assuré.

• AIDE A LA RECHERCHE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

En cas d'accident et d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Toutefois, en dehors de situations d'urgence, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, FILASSISTANCE apporte son aide à l'Assuré, en l'absence de son médecin traitant, pour trouver un médecin de garde sur le lieu où survient l'accident ou la maladie (en France métropolitaine, dans la Principauté de Monaco ou dans un DOM), FILASSISTANCE peut également intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge de l'Assuré.

• LE BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

Dès l'adhésion et sur simple demande de l'Assuré ou de ses proches parents, notre équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés, réalise un « BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE » (entretiens téléphoniques, informations, envoi de fiches prévention autonomie, sur des sujets tels que le matériel d'aide à la marche, l'aménagement du domicile, l'auxiliaire de vie, le portage des repas).

Le « BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE » de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillement), afin de favoriser le maintien à domicile et préserver la qualité de vie de l'Assuré.

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Assuré et ses proches parents dans leurs démarches de maintien à domicile.

Une solution en téléassistance pourra également être envisagée avec une prise en charge des frais de mise en service, pour tout abonnement de plus de 12 mois.

En fonction des besoins recensés par notre équipe et à sa demande, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet, au domicile de l'Assuré, sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance de la personne, proposition d'aide spécifique au handicap) en synergie avec notre équipe et différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules.

Les frais engagés sont à la charge de l'Assuré ou de ses proches parents.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale de la dépendance (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, notre équipe aide l'Assuré ou ses proches parents à constituer un dossier perte d'autonomie/dépendance, à établir un état de ses dépenses et de ses revenus et les informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de la nouvelle situation financière de l'Assuré.

Selon la situation de l'Assuré, nous conseillons l'Assuré ou ses proches parents sur les financements possibles (notamment organismes publics), nous les orientons vers les organismes concernés et, le cas échéant, FILASSISTANCE les met en relation avec les services sociaux locaux.

Les informations transmises par notre équipe sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre thérapeutique personnalisées.

FILASSISTANCE décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s).

• LE BILAN PRÉVENTION MÉMOIRE

Sur demande de l'Assuré ou de ses proches parents l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE réalise une évaluation médico-psycho sociale des capacités cognitives et de mémorisation. En cas de plainte mnésique (mémoire) objectivée, la personne est orientée vers son médecin traitant afin que soit réalisée une évaluation globale de ses fonctions cognitives (intellectuelles) par les professionnels compétents. Le dépistage précoce d'un trouble de la mémoire va permettre d'inscrire la personne dans un parcours de soins et de prise en charge thérapeutique spécifique.

FILASSISTANCE écoute, informe et accompagne l'Assuré et ses proches parents selon le niveau de déficit cognitif et le mode de vie. FILASSISTANCE s'appuie sur son équipe pluridisciplinaire (médecin spécialiste, psychologue, assistante sociale, chargés d'assistance), sur les réseaux locaux et les différents dispositifs d'aide existants, et sur ses partenaires externes et son Conseil Scientifique et Éthique Senior.

En cas de vieillissement normal, la personne peut bénéficier de conseils sur « comment entretenir sa mémoire et quelle conduite à tenir vis-à-vis des différents facteurs de risques de survenue d'une maladie neurodégénérative ? ».

AIDE A L'AIDANT

ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉPENDANCE D'UN PROCHE PARENT

• SERVICE DE RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉPENDANCE

FILASSISTANCE communique à l'Assuré toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche parent, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, FILASSISTANCE, le cas échéant et sur demande, met en contact l'Assuré avec les organismes concernés.

• AIDE A LA CONSTITUTION DE DOSSIER

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, FILASSISTANCE aide l'Assuré dans la constitution du dossier lié à la dépendance d'un proche parent devenu dépendant (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

• RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, FILASSISTANCE recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir les proches parents de l'Assuré, en état de dépendance, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'Assuré le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

• RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, FILASSISTANCE recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir temporairement les proches parents dépendants de l'Assuré, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.

Si l'Assuré le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

• ÉCOUTE ET AIDE A LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Sur simple appel de l'Assuré, lors de la survenance de la dépendance d'un proche parent, FILASSISTANCE peut le mettre en relation avec sa plateforme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

SERVICES D'ASSISTANCE « A LA CARTE »

FILASSISTANCE recherche et organise (sous réserve des disponibilités locales) des prestations pour :

- assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- trouver une aide ménagère, un accompagnateur pour les déplacements,
- trouver un(e) auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- trouver un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service "blanchisserie",
- mettre en place la garde du domicile (vigile ou télésécurité),
- garder les petits enfants, les animaux de compagnie,
- préparer l'adaptation du logement (ergothérapeute ou autre),
- et tout autre service de proximité.

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

LA TÉLÉASSISTANCE POUR L'ASSURÉ OU SES PROCHES PARENTS

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Assuré ou de l'un de ses proches parents un service de téléassistance avec un médaillon téléphone qui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

Porté autour du cou ou dans une poche, il accompagne l'Assuré (ou son proche parent) partout dans le domicile et au jardin pour faire le lien en toutes circonstances :

- intercepter les communications personnelles et parler à partir du médaillon,
- en cas de malaise, d'un simple geste, l'abonné est en contact avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE qui identifie l'appel même s'il ne peut pas parler.

Selon la situation, les personnes désignées par l'abonné ou les services d'urgence seront alertées.

Prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels :

- gestion de la "fiche médicale" de l'abonné,
- écoute 24 h/24 par les équipes d'assistance,
- présence 24 h/24 et 7 j/7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appel,
- dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médico-sociale,
- mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

Pour tout abonnement de plus de 12 mois, les frais de mise en service de l'appareil sont pris en charge par FILASSISTANCE, les frais d'abonnement restant à la charge de l'abonné.

TÉLÉSÉCURITÉ - PRÉVENTION VOL

FILASSISTANCE renseigne l'Assuré sur les alarmes d'habitation et la télésurveillance. C'est un système qui, par l'intermédiaire d'un transmetteur téléphonique, relie l'alarme, installée au domicile, à un centre de veille qui est alerté en cas d'intrusion et qui prend alors les mesures nécessaires.

De même, FILASSISTANCE met en relation l'Assuré avec une société qui installe le matériel de télésécurité.

Les coûts d'installation et d'abonnement sont à la charge de l'Assuré.

SERVICES DE PROXIMITÉ

ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

FILASSISTANCE recherche pour le compte de l'Assuré des services d'aide au déplacement (à leur banque, à La Poste, dans un établissement de soins, etc.) et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur.

La responsabilité de FILASSISTANCE ne peut en aucun cas être recherchée par l'Assuré dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s) concernant ces services.

Les frais engagés sont pris en charge par FILASSISTANCE au plus 4 fois par année civile (avec un maximum annuel de 460 euros).

AUXILIAIRE DE VIE

À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE recherche et organise la venue d'un(e) auxiliaire de vie pour lui venir en aide.

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

ENTRETIEN DU DOMICILE ET AUTRES TRAVAUX DIVERS

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Assuré un service de renseignements du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures, et 24 heures sur 24 en cas d'urgence, destiné à communiquer le ou les numéro(s) de téléphone du ou des service(s) de dépannage rapide situé à proximité de son domicile.

Les numéros de téléphone indiqués le seront dans les domaines suivants : plomberie, menuiserie, électricité, peinture, tapisserie, serrurerie, vitrerie, réparation TV, électroménager et entretiens divers.

FILASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des travaux effectués par le prestataire contacté par l'Assuré. L'intervention de FILASSISTANCE n'a pour seul but que de communiquer à l'Assuré un ou plusieurs numéro(s) de téléphone, dans les conditions indiquées ci-dessus.

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

MISE A DISPOSITION DU MATÉRIEL ADAPTE AUX HANDICAPES

FILASSISTANCE peut prendre en charge, en complément des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le matériel adapté aux

handicapés (lit, chaise roulante, etc.) avec un maximum de 770 euros, pour une seule intervention pour toute la durée du contrat.

MISE A DISPOSITION D'UN COIFFEUR A DOMICILE

FILASSISTANCE peut rechercher et prendre en charge la venue d'un coiffeur à domicile pour l'Assuré dépendant. La prise en charge ne peut excéder 6 visites par année civile (avec un maximum de 500 euros pour toute la durée du contrat).

EN CAS DE DÉPENDANCE DE NIVEAU 4

(voir la notice du contrat d'assurance dépendance n°0658Q)

EN CAS DE MAINTIEN A DOMICILE

TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE met à la disposition de l'Assuré un appareil de téléassistance tel que défini ci-dessus, et prend en charge les 3 premiers mois d'abonnement (ou 3 mois d'abonnement si l'appareil est déjà installé chez l'Assuré).

EN CAS DE DÉPART DANS UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ

ASSISTANCE DÉMÉNAGEMENT

FILASSISTANCE organise le déménagement de l'Assuré dépendant si son changement de domicile est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

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

SUIVI DE LA QUALITÉ DE VIE DE L'ASSURÉ

À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE peut le contacter périodiquement (au maximum tous les mois pendant une période de 6 mois) afin de maintenir un contact avec l'extérieur et de connaître son avis sur ces nouvelles conditions d'hébergement.

EN CAS D'HOSPITALISATION ACCIDENTELLE DE PLUS DE 4 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DE PLUS DE 10 JOURS

RECHERCHE D'UN INTERVENANT POUR S'OCCUPER DE L'ANIMAL DE COMPAGNIE DE L'ASSURÉ

À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE recherche et prend en charge pendant 30 jours et durant l'hospitalisation et/ou la convalescence de l'Assuré une personne pouvant nourrir et sortir l'animal de compagnie.

ACCOMPAGNEMENT DE L'ANIMAL DE COMPAGNIE VERS LA SOLUTION DE GARDE

À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE recherche et prend en charge pour un aller/retour l'accompagnement de l'animal de compagnie vers un chenil, une fondation etc.

TRANSFERT DE L'ANIMAL DE COMPAGNIE CHEZ UN PROCHE PARENT

À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE prend en charge pour un aller/retour le transfert de l'animal de compagnie chez un proche parent désigné par l'Assuré.

EN CAS DE DÉPENDANCE DE L'ASSURÉ

RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE POUR S'OCCUPER DE L'ANIMAL DE COMPAGNIE DE L'ASSURÉ

À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE recherche un prestataire pour nourrir voire promener l'animal de compagnie.

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

EN CAS DE DÉPART DE L'ASSURÉ VERS UNE RÉSIDENCE POUR UNE DURÉE INDÉTERMINÉE

RECHERCHE D'UNE SOLUTION DE GARDE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ANIMAL DE COMPAGNIE.

À la demande de l'Assuré, FILASSISTANCE recherche une solution d'accueil et d'accompagnement de l'animal de compagnie de l'Assuré vers une solution de garde : Fondation, Chenil, etc.

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

EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

RECHERCHE D'UNE SOLUTION DE GARDE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ANIMAL DE COMPAGNIE

À la demande des proches parents de l'Assuré décédé, FILASSISTANCE recherche une solution d'accueil et d'accompagnement de l'animal de compagnie vers une solution de garde : Fondation, Chenil, etc.

Le trajet de l'animal de compagnie est pris en charge.

QUELLES SONT LES EXCLUSIONS ?

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours qui restent dans tous les cas à la charge des autorités locales. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Assuré lors de la durée de la garantie d'assistance excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclus et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences :

- d'une tentative de suicide de l'Assuré au cours de la 1^{ère} année suivant la date de conclusion de l'adhésion,
- des états résultant de l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, et d'un état d'alcoolémie supérieur au taux prévu par l'article L234-1 du Code de la route et relevant des délits.
- de la pratique d'un sport à titre professionnel, à titre de loisir dans le cadre d'une compétition ou d'une tentative de record et leurs essais, et d'une manière générale, les conséquences de la pratique d'un sport aérien, marin ou entraînant l'utilisation d'engins motorisés.
- les infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (notamment faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré, la participation à un crime ou un délit).

Toutes fraudes, falsifications ou faux témoignages intentionnels permettront à FILASSISTANCE d'opposer à l'Assuré la nullité de la garantie d'assistance. La garantie d'assistance cesse alors immédiatement, les prestations indues devant être remboursées.

Sont également exclus les frais de restauration, de taxi, d'hôtel engagés à l'initiative de l'Assuré sans l'accord préalable de FILASSISTANCE (sauf en cas de force majeure).

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le contrat.

Cependant, FILASSISTANCE ne peut pas être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, la réquisition des hommes et du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées, les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités légales.

COTISATIONS

MONTANT

La cotisation annuelle due par chaque Assuré est fixée à 10,80 euros TTC (taxe d'assurance de 9 % incluse), soit 0,90 euros par mois.

PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est fractionnée en douze échéances mensuelles, payables à terme d'avance, directement par l'Assuré à l'Assureur, selon les mêmes modalités que la cotisation d'assurance dépendance.

En cas de défaut de paiement de la cotisation, les règles de l'assurance dépendance sont applicables dans les mêmes conditions. Toutefois, les garanties d'assistance cessent, y compris en cas de maintien partiel de la garantie Dépendance.

DÉCLARATION DU SINISTRE - DÉCHÉANCE

L'Assuré ou son proche parent est tenu de déclarer à FILASSISTANCE tout fait pouvant entraîner la mise en œuvre d'au moins une des prestations d'assistance, et ce dans les 5 jours de sa survenance ou, s'il l'avait ignoré jusque-là, de sa connaissance par l'Assuré ou son proche parent.

À défaut de respect de ce délai, sauf cas fortuit ou force majeure, l'Assuré ou son proche parent s'expose à un refus de prise en charge du sinistre.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de FILASSISTANCE, l'Assuré ou la personne ayant engagé les frais doit obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que FILASSISTANCE jugerait utile (notamment certificats médicaux).

Le règlement des prestations intervient dans les 15 jours suivant la réception desdites pièces par FILASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement est versé soit à l'Assuré, soit à la personne ayant engagé les frais.

SUBROGATION

Conformément à l'article L 121-12 du code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre tout responsable du dommage, à concurrence de la prestation payée par elle.

Le bénéficiaire doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage corporel dont il a été victime.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Des renseignements concernant l'Assuré figurent dans les fichiers informatiques à l'usage de FILASSISTANCE. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, l'Assuré peut en obtenir communication et rectification en adressant une demande écrite au siège social de FILASSISTANCE - 108, Bureaux de la Colline - 92213 Saint Cloud Cedex.

CONTRÔLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute réclamation relative aux prestations d'assistance, l'Assuré peut s'adresser à FILASSISTANCE. En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation, l'Assuré peut demander l'avis du médiateur de FILASSISTANCE. Les modalités de la procédure de médiation sont communiquées sur demande adressée à : CNP Assurances - Instruction de la Médiation - 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

CNP Assurances - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15 - Tél 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr

Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Paris - Entreprise régie par le code des assurances

GRUPE CAISSE DES DÉPÔTS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Siège social : 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX - Société Anonyme au capital de 4.100.000 euros entièrement libéré - Entreprise régie par le code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 433 012 689.