

Assurance Dépendance à adhésion facultative (AVQ)

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : CNP Assurances – société anonyme, régie par le Code des assurances et immatriculée en France - Numéro SIREN : 341 737 062

Produit : Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative de dépendance Acte de la Vie Quotidienne (AVQ).

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance dépendance à adhésion facultative a pour objet de garantir aux Adhérents d'une personne morale, reconnu en état de dépendance tel que défini à la notice d'information, le service d'une rente (mensuelle, trimestrielle ou annuelle) viagère et/ou de capitaux.



Qu'est-ce qui est assuré ?

La couverture ainsi que le montant des rentes et capitaux varient en fonction des garanties choisies par la personne morale parmi celles proposées ci-dessous. Les niveaux des prestations sont détaillés au tableau des garanties de la notice d'information.

L'état de dépendance est déterminé à l'aide d'une grille répertoriant six actes de la vie quotidienne (AVQ) : la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement et les transferts.

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'un des deux états suivants :

- Dépendance fonctionnelle : impossibilité d'effectuer seul, totalement ou partiellement certains actes de la vie quotidienne à la suite d'un handicap physique constaté médicalement.
- Dépendance psychique : impossibilité d'effectuer seul, totalement ou partiellement certains actes de la vie quotidienne de façon spontanée sans incitation en raison d'une démence constatée médicalement à l'aide d'un test (Test de Folstein).

Le niveau de dépendance (total, partiel ou léger) est défini en fonction du nombre d'actes de la vie quotidienne que l'assuré est dans l'incapacité totale ou partielle d'effectuer seul. Le nombre d'actes caractérisant la dépendance totale, partielle ou légère est indiqué au tableau des garanties de la notice d'information.

GARANTIES DEPENDANCE PROPOSEES

- ✓ **Dépendance totale, partielle ou légère** : versement d'une rente mensuelle viagère.
- ✓ **Garantie Fracture** : versement d'un capital en cas de fracture. La fracture est caractérisée par la rupture violente d'un os, avec ou sans déplacement de fragment osseux.
- ✓ **Garantie premières dépenses** : versement d'un capital forfaitaire s'ajoutant à la rente prévue en cas de dépendance totale, partielle ou légère.
- ✓ **Garantie ascendant** : versement d'un capital forfaitaire à l'assuré lorsqu'un de ses parents est reconnu en état de dépendance.
- ✓ **Repos de l'aidant** : versement d'un capital forfaitaire en cas de placement temporaire de l'assuré en structure d'accueil spécialisé ou majoration de la rente viagère en cas de placement définitif de l'assuré en hôpital ou institution.

MISE EN REDUCTION DES GARANTIES DEPENDANCE

En cas de cessation de l'adhésion faisant suite à un non-paiement de cotisations ou une demande expresse de résiliation ou de mise en réduction l'assuré peut conserver le bénéfice de ses garanties au prorata des cotisations versées. Et ce, à condition d'avoir cotisé pendant une durée égale à celle déterminée par la personne morale et indiquée à la notice d'information.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres survenus en dehors de la période de validité du contrat.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Ne sont pas couverts les sinistres dont l'origine directe ou indirecte est due aux cas suivants.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! Les conséquences des tentatives de suicide ainsi que de tous faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré,
- ! Les conséquences de l'usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants et qui n'ont pas été prescrites dans le cadre d'un traitement médical,
- ! 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 des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome
- ! Les conséquences de guerre civile et étrangère, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes,
- ! Les conséquences de la participation de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf dans les cas suivants de légitime défense, assistance à personne en danger),
- ! les conséquences de démonstrations, acrobaties, compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteurs ;
- ! Les conséquences de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Restrictions applicables à toutes les garanties

- ! Délai d'attente : période démarrant à la date d'adhésion ou à la date d'augmentation des garanties et/ou du changement de formule, pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de dépendance. La durée de cette période est choisie par la personne morale.

Restrictions spécifiques à certaines garanties

- ! Délai de franchise : période démarrant à la reconnaissance de l'état de dépendance à l'issue de laquelle l'assuré commence à percevoir ses prestations. La personne morale détermine les garanties concernées par ce délai de franchise ainsi que sa durée.



Où suis-je couvert(e) ?

Les garanties sont acquises aux membres participants exerçant leur activité en France Métropolitaine et dans les DROM COM.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'adhérent ou l'assuré doit :

A l'adhésion au contrat

- Remplir avec exactitude les formulaires d'adhésion fournis par l'assureur ;
- Fournir les documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler sa quote-part de cotisation

En cours de contrat

- Déclarer tout changement de situation professionnelle et de domiciliation ;
- Régler sa quote-part de cotisation.

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre à l'assureur
- Fournir les pièces justificatives mentionnées dans la notice d'information
- Se soumettre à un éventuel examen médical demandé par l'assureur



Quand et comment effectuer les paiements ?

Modalités de paiement l'assuré règle sa cotisation en fonction de la périodicité retenue au contrat, à terme échu, par débit d'un compte bancaire ouvert à son nom, auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne. Si le choix du prélèvement est retenu, il est effectué par le gestionnaire pour le compte du souscripteur.

Les cotisations cessent d'être dues dès la reconnaissance par l'assureur de l'état de dépendance de l'assuré ouvrant droit aux prestations.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est conclue et prend effet, sous réserve d'encaissement de la cotisation initiale et de la réception du dossier complet par l'assureur, soit :

- à la date de signature du certificat d'adhésion par l'adhérent, si l'assuré a renseigné la déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé simplifié
- le jour de la notification de l'acceptation du risque par l'assureur, si l'assuré a rempli un questionnaire de santé.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an à partir de la date de conclusion figurant sur le certificat d'adhésion. Elle est ensuite reconduite automatiquement d'année en année sauf cessation de l'adhésion dans les cas prévus dans les dispositions contractuelles.

Les garanties définies précédemment prennent effet, sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur, à l'issue du délai d'attente lorsqu'il en existe un et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation correspondante.

L'adhésion prend fin :

- en cas de renonciation par l'adhérent ;
- en cas de perte de la qualité de membre participant du souscripteur ;
- en cas de dépendance pendant le délai d'attente, les cotisations nettes de frais sont alors remboursées à l'adhérent ;
- en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'adhérent en cas de modification du contrat d'assurance de groupe ;
- en cas de non-paiement de la cotisation par l'adhérent ;
- en cas de décès de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier l'adhésion au contrat dans les cas prévus par la réglementation et par la notice d'information, notamment annuelle, à la date d'échéance du contrat (31 décembre), en adressant au gestionnaire du contrat une lettre recommandée avec avis de réception au moins deux (2) mois avant cette date (soit avant le 31 octobre).

En cas de modifications portées au contrat, l'adhésion peut être dénoncée dans les 30 jours suivants la prise de connaissance des dites modifications.