



PREFON DÉPENDANCE

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat individuel d'assurance dépendance souscrit auprès de CNP Assurances.
Contrat régi par le Code des assurances, il relève des branches 1 (Accidents) et 2 (Maladie)
de l'article R 321-1 du même code.

Les prestations d'assistance incluses dans le contrat PREFON DÉPENDANCE sont assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL,
elles relèvent de la branche 18 (Assistance) de l'article R 321-1 précité.

SOMMAIRE

TITRE I : SOUSCRIPTION	p 5
1- Objet du contrat	p 5
2- Informations précontractuelles spécifiques en cas de souscription à distance	p 5
3- Conditions de souscription	p 5
4 - Date de conclusion et durée du contrat	p 5
TITRE II : GARANTIES D'ASSURANCE	p 6
5- Définition de la dépendance	p 6
6- Prise d'effet des garanties et délais d'attente	p 7
7- Contenu des garanties principales d'assurance	p 8
8- Contenu de la garantie complémentaire optionnelle d'assurance : garantie "Aménagement"	p 8
9- Risques exclus	p 8
TITRE III : VIE DU CONTRAT	p 9
10- Modifications possibles des garanties	p 9
11- Évolution des garanties et des prestations	p 10
12- Montant de la prime	p 10
13- Modalités de paiement des primes	p 10
14- Indexation des primes	p 10
15- Révision des primes	p 10
16- Fin du contrat	p 11
17- Droits du souscripteur	p 11
18- Démarches à accomplir pour la mise en œuvre des prestations d'assurance	p 12
19- Versement des prestations	p 12
TITRE IV : GARANTIES D'ASSISTANCE - FILASSIST AUTONOMIE PLUS, DÉPENDANCE LÉGÈRE ET FRACTURE	p 12
20- Comment bénéficier des prestations?	p 13
21- Les prestations acquises dès la souscription	p 13
22- Se faire assister dès le retour à domicile après une hospitalisation de plus de 4 jours causée par une fracture reconnue par l'assureur	p 15
23- Les prestations acquises à partir de la dépendance légère constatée par l'assureur	p 15
24- Les prestations acquises à partir de la dépendance partielle	p 16
25- Les prestations acquises à partir de la dépendance totale	p 16
26- Quelles sont les exclusions?	p 17
TITRE V : TARIFS ANNUELS	p 18

TITRE I : SOUSCRIPTION

1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat PREFON DÉPENDANCE a pour objet de garantir à l'assuré le versement :

- d'une rente mensuelle en cas de DÉPENDANCE TOTALE relevant du groupe GIR 1 ou GIR 2 de la grille AGGIR dans les conditions de reconnaissance définies dans les présentes conditions générales à l'article 5.1 - Définition de la dépendance TOTALE,
- d'une rente mensuelle en cas de DÉPENDANCE PARTIELLE relevant du groupe GIR 3 de la grille AGGIR dans les conditions de reconnaissance définies dans les présentes conditions générales à l'article 5.2 - Définition de la dépendance PARTIELLE,
- d'une rente annuelle en cas de DÉPENDANCE LÉGÈRE dans les conditions de reconnaissance définies dans les présentes conditions générales à l'article 5.3 Définition de la dépendance LÉGÈRE,
- d'un capital « FRACTURE » dans les conditions de reconnaissance définies dans les présentes conditions générales à l'article 7.2 - Garantie « FRACTURE ».

Ces garanties principales peuvent être complétées d'une garantie complémentaire optionnelle qui prévoit le versement d'un capital "AMÉNAGEMENT", versé dès la reconnaissance de la dépendance (article 8 des présentes conditions générales) et sous réserve de l'application du délai d'attente.

Le contrat PREFON DÉPENDANCE permet à l'assuré et à ses proches de bénéficier également de prestations d'assistance mises en oeuvre par FILASSISTANCE INTERNATIONAL et décrites au titre IV des présentes conditions générales.

2 - INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES SPÉCIFIQUES EN CAS DE SOUSCRIPTION À DISTANCE

Le contrat individuel d'assurance PREFON DÉPENDANCE est assuré auprès de :

CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - RCS Paris 341 737 062 - Entreprise d'assurance-vie, entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

- CNP Assurances est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Les prestations d'assistance sont fournies par FILASSISTANCE INTERNATIONAL - 108 bureau de la colline - 92213 Saint-Cloud Cedex - 433 012 689 RCS Nanterre.

- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se proroge ensuite sans formalités particulières, sous réserve du paiement des primes.
- La souscription du contrat PREFON DÉPENDANCE s'effectue selon les modalités décrites à l'article 3 - Conditions de souscription des présentes conditions générales.
- Le montant de la prime est indiqué au titre V des présentes conditions générales. La prime d'assurance est exigible dès la conclusion du contrat et est prélevée selon les stipulations de l'article 13 - Modalités de paiement des primes - des présentes conditions générales.
- Les garanties d'assurance et exclusions du contrat PREFON DÉPENDANCE sont mentionnées aux articles 7 - Contenu des garanties principales d'assurance, 8 - Contenu de la garantie complémentaire optionnelle d'assurance : garantie "AMÉNAGEMENT" et 9 - Risques exclus - des présentes conditions générales. Les garanties et exclusions de la garantie d'assistance sont mentionnées aux articles 21, 22, 23, 24, 25 et 26 - des présentes conditions générales.
- L'offre contractuelle définie dans les conditions générales du contrat PREFON DÉPENDANCE est valable jusqu'à la date indiquée sur le courrier d'accompagnement joint.
- Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents contractuels par le souscripteur sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation, sont prévues à l'article 17.2 des présentes conditions générales.

En contrepartie de la prise d'effet de certaines garanties à la date de conclusion du contrat, il est demandé le paiement d'une première prime calculée au prorata temporis à compter de la date de conclusion du contrat.

Les relations précontractuelles et contractuelles avec CNP Assurances et FILASSISTANCE INTERNATIONAL sont régies par le droit français.

CNP Assurances et FILASSISTANCE INTERNATIONAL s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 17.5 - Réclamation - Médiation des conditions générales.
- Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (article L 423-1 du Code des assurances).

3 - CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Les personnes physiques, résidant fiscalement en France peuvent souscrire PREFON DÉPENDANCE.

L'assurance repose sur la tête de l'assuré, qui doit être âgé de 18 ans au moins et ne pas avoir atteint son 75^e anniversaire au jour de la souscription, l'âge de l'assuré étant apprécié selon son âge effectif atteint.

Le souscripteur et l'assuré peuvent être une seule et même personne ou, être deux personnes différentes.

Le souscripteur est la personne qui formule la demande de souscription au contrat et qui prend en charge le paiement des primes. De fait, **il doit renseigner et signer la demande de souscription** ainsi que l'autorisation de prélèvement permettant de procéder au règlement des primes par prélèvement automatique.

L'assuré est la personne sur la tête de laquelle repose l'assurance. Il doit, pour sa part, remplir les formalités de souscription en signant une déclaration d'état de santé ou, selon le cas en renseignant un questionnaire de santé, l'un de ces deux documents devant obligatoirement être joint à la demande de souscription :

- La déclaration d'état de santé doit être renseignée et signée par la personne à assurer, âgée de moins de 65 ans et si son état de santé le permet,
- Le questionnaire de santé doit être renseigné et signé par la personne à assurer :
 - âgée de 65 ans ou plus,
 - ou âgée de moins de 65 ans mais qui n'a pas pu signer la déclaration d'état de santé en raison de son état de santé.

Dans ces deux derniers cas, la souscription est subordonnée à une appréciation du risque effectuée par CNP Assurances.

Avant toute décision, CNP Assurances peut demander la production de tout document complémentaire concernant l'état de santé de l'assuré.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances, qui s'applique dans tous les cas, quelle que soit la garantie mise en jeu.

Il ne peut être conclu qu'un seul contrat sur la tête d'un même assuré.

4 - DATE DE CONCLUSION ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est conclu, sous réserve de l'encaissement de la première prime et de la réception du dossier complet :

- Lorsque l'assuré a signé la déclaration d'état de santé :
 - soit à la date de signature de la demande de souscription lorsque le contrat est souscrit en face-à-face ;
 - soit à la date de la réception par CNP Assurances, de la demande de souscription signée par le souscripteur le cachet de La Poste faisant foi, lorsque le contrat est souscrit à distance.
- Lorsque l'assuré a rempli le questionnaire de santé, au jour de la notification au souscripteur de l'acceptation du risque par CNP Assurances.

La date de conclusion du contrat retenue est mentionnée sur les conditions particulières qui sont adressées par la suite au souscripteur ainsi qu'à l'assuré lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur.

Dans tous les cas, une photocopie recto/verso, datée et signée, de la pièce d'identité en cours de validité du souscripteur et, le cas échéant, de l'assuré, doit être jointe à la demande de souscription.

Le contrat PREFON DÉPENDANCE est conclu pour une période allant de la date mentionnée sur les conditions particulières jusqu'au dernier jour du mois qui précède la date anniversaire de sa conclusion. Elle se proroge ensuite par tacite reconduction pour des périodes annuelles, sous réserve du paiement des primes. Il peut y être mis fin dans les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 16 - Fin du contrat.

TITRE II : GARANTIES D'ASSURANCE

5 - DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE

Est reconnu dépendant, par CNP Assurances, l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non-susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans un des états de dépendance définis ci-après :

5.1 - Définition de la DÉPENDANCE TOTALE

L'état de dépendance totale est défini par référence aux Groupes Iso-Ressources 1 ou 2 (GIR 1 ou GIR 2) de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources), en vigueur au jour de la date de conclusion du contrat.

Le groupe 1 (**GIR 1**) correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le groupe 2 (**GIR 2**) comprend deux groupes de personnes :

- Les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- Les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer (souvent dénommées les « déments déambulants »).

5.2 - Définition de la DÉPENDANCE PARTIELLE

L'état de dépendance partielle est défini par référence au Groupe Iso-Ressources 3 (**GIR 3**) de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso - Ressources), en vigueur au jour de la signature de la demande de souscription

Le groupe 3 (GIR 3) correspond aux personnes ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assure pas seule l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

5.3 - Définition de la DÉPENDANCE LÉGÈRE

L'état de dépendance légère correspond à un déficit fonctionnel entraînant un début de dépendance :

- dont l'origine est une pathologie listée dans le tableau ci-dessous et diagnostiquée et traitée (médicalement ou chirurgicalement) depuis au moins 6 mois,
- nécessitant, pour être compensé, une aide matérielle ou un service, en vue de soutenir l'assuré dans le maintien d'une autonomie pour la vie quotidienne,
- dans les conditions de reconnaissance définies ci-après (critères diagnostiques généraux et spécifiques à chaque pathologie).

Conditions de reconnaissance de la dépendance légère :

- Critères diagnostiques généraux :

- La pathologie et le traitement sont objectivés par une consultation spécialisée, une ordonnance délivrée pour un traitement spécifique, des comptes-rendus d'hospitalisation, d'exams médicaux et paramédicaux portant diagnostic d'une des pathologies listées et précisant les dates et nature des traitements prescrits.
- La nature des pièces demandées pour vérifier le diagnostic et le stade d'évolution de la pathologie pourra le cas échéant évoluer en fonction des données scientifiques en vigueur au moment de la demande et reconnues sur le plan national.

- Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie :

Liste des pathologies		Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie
Maladies d'Alzheimer		Démence sénile précoce avec un résultat à au moins 2 tests Mini Mental State Examinations de Folstein (MMS) inférieur à 20/30
Maladies neurologiques	Maladie de Parkinson ou Sclérose en Plaques (affection dégénérative démyélinisante) ou Sclérose Latérale Amyotrophique	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - atteinte neurologique bilatérale - troubles de la marche, de la préhension, ou de la mobilité - déficience du langage et/ou de la parole entravant la communication - atteinte motrice bilatérale des nerfs crâniens - troubles de la déglutition pour des aliments semi-liquides - paralysie complète de la langue - déficit sensitif rendant dangereuse la vie quotidienne
Séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral	Hémiplégie ou monoplégie, ou autre trouble neurologique séquellaire	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - déficience du langage et/ou de la parole entravant la communication dans la vie quotidienne - troubles de la marche à plat, pour plus de 200 m et/ou de la montée de 2 étages - perte de la préhension, et/ou de la prono-supination du membre dominant - perte de mobilité du membre supérieur au niveau de l'épaule, bras ballant - syndromes pseudo-bulbaires et/ou cérébelleux - troubles de l'équilibre avec appuis indispensables à la marche
Rhumatismes inflammatoires	Polyarthrite Rhumatoïde ou Spondylarthrite Ankylosante	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - déficit locomoteur bilatéral et persistant - complication systémique ou extra articulaire avec gêne fonctionnelle
Arthroses	Coxarthrose ou gonarthrose ou arthrose rachidienne	Avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - raideur de la hanche avec ankylose - limitation des mouvements de la hanche avec attitude vicieuse - ankylose du genou avec flexion inférieure à 60° - syndrome radiculaire C5, C6, C7 ou C8 avec un déficit locomoteur - paralysie du nerf radial ou médian - paralysie totale du nerf crural ou sciatique
Troubles visuels	DMLA ou rétinopathies ou cécité	Avec au moins un des troubles persistant suivants : - acuité visuelle corrigée < 3/10° - champ visuel binoculaire < 30 - hémianopsie latérale homonyme complète - cécité complète pour les personnes de moins de 60 ans

Liste des pathologies	Critères diagnostiques spécifiques à chaque pathologie
Insuffisance respiratoire chronique	Déficit fonctionnel respiratoire avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - PaO2 < 60 mm de Hg - CV, VEMS ou CPT < 60% de la valeur théorique sur 2 mesures successives - Lobectomie pulmonaire - Trachéotomie permanente
Insuffisance cardiaque	Stade III/IV de la classification NYHA avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - fraction éjection (FE) du ventricule gauche (VG) inférieure à 40 % - troubles de la repolarisation à l'ECG
Cancers	Tumeurs malignes de classe TNM >T2 avec séquelles thérapeutiques permanentes, avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - évolution métastatique - amputation chirurgicale avec séquelles fonctionnelles - perte de poids de plus de 60% du poids idéal - zone de radiodermite chronique > 20 cm ²
Diabètes compliqués	Complication d'un diabète insulinodépendant avec au moins une des atteintes suivantes : - des yeux - du rein - du cœur, des vaisseaux - du système nerveux périphérique
Artériopathie des membres inférieurs	Stade II de Leriche et Fontaine, avec au moins un des troubles ou déficits suivants : - une sténose artérielle supérieure à 90% - périmètre de marche à moins de 200 m

Séquelles traumatiques d'origine accidentelle	Critères diagnostiques spécifiques
Amputation	Amputation d'au moins un des Membres supérieurs suivants : avant-bras, bras, main, trans-métacarpienne du pouce du membre dominant, 2 doigts ou plus Amputation d'au moins un des Membres inférieurs suivants : hanche, cuisse, jambe, trans-métatarsienne du pied
Atteinte des membres, du rachis et de la locomotion	Atteinte d'un Membre supérieur avec un des troubles ou déficits suivants : Épaule : ballante, limitation de l'élévation et antépulsion à 80° Coude : raideur ou arthrodèse avec perte de la prono-supination, coude ballant non appareillable Poignet : perte de la prono-supination du membre dominant Main : perte de la pronation du membre dominant Atteinte de la Locomotion avec un des troubles ou déficits suivants : Hanche : raideur de la hanche avec ankylose, limitation des mouvements de la hanche avec attitude vicieuse Genou : raideur ou ankylose du genou avec flexion inférieure à 60° Atteinte du Rachis avec un des troubles ou déficits suivants : blocage et raideur du cou ou du rachis dorsolombaire gênant la vie courante
Séquelles neurologiques	Séquelles du Système nerveux central avec un des troubles ou déficits suivants : quadriplégie, hémiparésie, monoparésie du membre dominant, syndrome cérébelleux bilatéral, syndrome frontal et troubles cognitifs permanents, ou syndrome de Korsakoff Séquelles du Rachis avec un des troubles ou déficits suivants : atteinte médullaire gênant la vie, syndrome radiculaire C5, C6, C7 ou C8 avec déficit locomoteur, paralysie du nerf radial ou médian, tétra ou paraplégie, paralysie totale du nerf crural ou sciatique

6 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES ET DÉLAIS D'ATTENTE

6.1 - Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date de conclusion du contrat et quand il en existe un, à l'issue du délai d'attente.

6.2 - Délais d'attente

Bien que le contrat soit conclu, un délai d'attente peut être appliqué pour la prise d'effet des garanties. Le délai d'attente est la période pendant laquelle l'assuré n'est pas couvert contre le risque assuré.

Les garanties «**DÉPENDANCE TOTALE, DÉPENDANCE PARTIELLE ET DÉPENDANCE LÉGÈRE**» prennent effet à l'issue des délais d'attente suivants :

- en cas de dépendance due à un accident (voir définition ci-dessous) : aucun délai d'attente,

- en cas de dépendance fonctionnelle (voir définition ci-dessous): délai d'attente de 10 mois à compter de la date de conclusion du contrat,

- en cas de dépendance psychique (voir définition ci-dessous): délai d'attente de 36 mois à compter de la date de conclusion du contrat.

La survenance, pendant le délai d'attente, d'un état de dépendance relevant des groupes GIR 1, GIR 2 ou GIR 3 de la grille AGGIR met fin au contrat. Aucun versement de prestation n'est effectué et CNP Assurances procède au remboursement au souscripteur des primes nettes de frais, payées au titre de la garantie DÉPENDANCE TOTALE et PARTIELLE relevant des groupes GIR 1, GIR 2 et GIR 3.

En revanche, la survenance, pendant le délai d'attente, d'un état de DÉPENDANCE LÉGÈRE ne met pas fin au contrat. Aucun versement de prestation au titre de cette garantie n'est effectué et CNP Assurances procède au remboursement au souscripteur des primes nettes de frais, payées au titre de cette garantie.

Le contrat se poursuit au titre des garanties DÉPENDANCE TOTALE et PARTIELLE relevant des groupes GIR 1, GIR 2 et GIR 3 de la grille AGGIR.

La garantie "AMÉNAGEMENT" prend effet à l'issue des délais d'attente suivants :

- en cas de dépendance due à un accident : aucun délai d'attente,
- en cas de dépendance fonctionnelle : délai d'attente de 10 mois à compter de la date de conclusion du contrat,
- en cas de dépendance psychique : délai d'attente de 36 mois à compter de la date de conclusion du contrat.

La survenance d'un état de dépendance légère partielle ou totale pendant le délai d'attente met fin à la garantie complémentaire "AMÉNAGEMENT". Aucun versement de prestation au titre de cette garantie n'est effectué et CNP Assurances procède au remboursement au souscripteur des primes nettes de frais, payées au titre de la **garantie complémentaire "AMÉNAGEMENT"**.

Pour la **garantie « FRACTURE »**, aucun délai d'attente n'est appliqué.

Définition de l'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.

Définition de la dépendance fonctionnelle

Impossibilité d'effectuer seul et intégralement des actes de la vie courante suite à un handicap physique médicalement constaté.

Définition de la dépendance psychique

Impossibilité d'effectuer seul et intégralement des actes de la vie courante, de façon spontanée, sans incitation, en raison d'une démence. Les démences de type Alzheimer et la maladie d'Alzheimer sont considérées comme entraînant une dépendance psychique.

7 - CONTENU DES GARANTIES PRINCIPALES D'ASSURANCE

À la souscription, le souscripteur choisit le montant de la rente mensuelle qui sera versé à l'assuré en cas de dépendance. Ce montant est compris entre 300 et 2500 euros, par tranche de 100 euros. Ce montant peut être modifié à la hausse ou à la baisse en cours de contrat, selon les modalités définies dans les présentes conditions générales à l'article 10 - Modifications possibles des garanties.

7.1 - Garanties DÉPENDANCE TOTALE, PARTIELLE, et LÉGÈRE

En cas de dépendance TOTALE et PARTIELLE

Le montant de la rente mensuelle versé à l'assuré en état de dépendance de niveau GIR 1, GIR 2 ou GIR 3, varie selon le niveau de dépendance atteint.

Après étude du dossier, et expiration du délai d'attente le cas échéant, et s'il s'avère que l'état de l'assuré répond aux conditions contractuelles, CNP Assurances verse à l'assuré :

- la totalité de la rente mensuelle choisie, en cas de dépendance totale de niveau GIR 1 ou GIR 2, de la grille AGGIR,
- 50 % du montant de la rente choisie, en cas de dépendance partielle de niveau GIR 3, de la grille AGGIR.

En tout état de cause ce versement n'aura lieu que si l'assuré est toujours en vie à l'issue d'un délai de 3 mois suivant la date de reconnaissance de l'état de dépendance totale ou partielle fixée par CNP assurances. La date de reconnaissance de la dépendance ne peut pas être antérieure à la demande de prestation dépendance, ces deux dates pouvant être identiques si après instruction médicale du dossier par CNP Assurances, l'état de santé de l'assuré ouvre droit à prestations.

Ce délai de 3 mois ne s'applique pas lorsque l'assuré se trouvait préalablement en état de dépendance légère

Le premier versement des rentes intervient, à l'issue de ce délai de 3 mois, le 1^{er} jour du mois suivant, et est égal à 3 rentes mensuelles. Ensuite, les rentes sont versées mensuellement à terme échu, le 1^{er} de chaque mois, et aussi longtemps que dure la dépendance.

En cas de dépendance LÉGÈRE

Après étude du dossier et expiration du délai d'attente le cas échéant, et s'il s'avère que l'état de l'assuré répond aux conditions contractuelles de la dépendance légère, CNP Assurances verse une rente annuelle. Le montant de la rente annuelle est forfaitaire et s'élève à 1 200 euros. Le premier versement de cette rente intervient le 1^{er} jour du mois qui suit la date de reconnaissance de la dépendance fixée par CNP Assurances. La date de reconnaissance de la dépendance ne peut pas être antérieure à la demande de prestation dépendance, ces deux dates pouvant être identiques si après instruction médicale du dossier par CNP Assurances, l'état de santé de l'assuré ouvre droit à prestations. Les années suivantes, la rente annuelle est versée à l'assuré chaque 1^{er} du mois anniversaire de la date de reconnaissance de l'état de dépendance, et aussi longtemps que son état de dépendance relève de la définition de la dépendance légère.

Evolution de l'état de dépendance

À noter, en cas d'évolution de l'état de dépendance, l'assuré peut demander à percevoir la prestation prévue au titre de son nouvel état. Le versement de la prestation interviendra dès la date de reconnaissance du nouvel état par CNP Assurances. Cette date de reconnaissance ne peut être antérieure à la demande de prestation dépendance.

7.2 - Garantie « FRACTURE »

La garantie « FRACTURE » intervient avant toute survenance d'un état de dépendance et si le sinistre survient avant les 80 ans de l'assuré.

On entend par « FRACTURE » la rupture violente d'un os, avec ou sans déplacement de fragment osseux. **Sont exclues les fissures, fêlures et entorses graves.**

Un capital forfaitaire de 300 euros est versé à l'assuré lorsque celui-ci est hospitalisé pour une durée supérieure à 4 jours consécutifs en raison d'une fracture immobilisante située dans l'une ou l'autre des parties du corps suivantes :

- rachis, clavicule, hanche, bassin,
- épaule, coude, bras, avant-bras, poignet,
- jambe, cuisse, genou, cheville.

Cette garantie cesse dès la reconnaissance d'un état de dépendance et, en tout état de cause, à la date de renouvellement du contrat qui suit le 80^e anniversaire de l'assuré. La prime afférente à cette garantie cesse alors d'être prélevée.

Après étude du dossier, et s'il s'avère que l'état de l'assuré répond aux conditions contractuelles de la garantie "FRACTURE", CNP Assurances verse en une seule fois le capital "FRACTURE".

Ce versement est effectué le 1^{er} jour du mois suivant la reconnaissance, par CNP Assurances, d'une fracture immobilisante, telle que définie ci-avant.

À noter qu'en cas de fractures multiples survenues lors d'un même événement, la prestation ne sera versée qu'une seule fois. En revanche, en cas de survenance de plusieurs fractures rapprochées, le versement de la prestation pourra être renouvelé, à condition qu'un délai d'au moins trois mois sépare la survenance de deux fractures successives.

8 - CONTENU DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE OPTIONNELLE D'ASSURANCE : GARANTIE "AMÉNAGEMENT"

Un capital forfaitaire de 3.000 euros est versé à l'assuré dès la reconnaissance par CNP Assurances d'un état de dépendance totale, partielle ou légère, tel que défini dans les présentes conditions générales à l'article 5 - Définition de la dépendance.

Après étude du dossier et expiration du délai d'attente le cas échéant, et s'il s'avère que l'état de l'assuré répond aux conditions contractuelles, CNP Assurances verse en une seule fois le capital "AMÉNAGEMENT".

Ce versement intervient une seule fois dans la vie du contrat et est effectué par CNP Assurances, le 1^{er} jour du mois suivant la reconnaissance de l'état de dépendance par CNP Assurances.

Cette garantie optionnelle peut être choisie par le souscripteur dès la souscription ou en cours de contrat, aux conditions indiquées à l'article 10 des présentes conditions générales.

9 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus des garanties d'assurance :

- **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 en application de l'article L 5132-7 du Code de la**

- santé publique 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 à l'article L 234-1 du Code de la route et relevant des délits, et les complications physiques ou neuropsychiatriques d'abus chronique de consommation de boissons alcoolisées,
- 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 : légitime défense, assistance à personne en danger),
- les conséquences de démonstrations, acrobaties, compétitions et entraînements s'y rapportant, tentatives de record, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les conséquences de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel.

SYNTHÈSE DES PRESTATIONS PAR GARANTIE

	GARANTIES PRINCIPALES		GARANTIE COMPLÉMENTAIRE OPTIONNELLE
	Garantie « FRACTURE »	Garantie « DÉPENDANCE »	Garantie « AMÉNAGEMENT »
	Capital forfaitaire	Rentes	Capital forfaitaire versé une seule fois
Hospitalisation > à 4 j consécutifs en raison d'une FRACTURE et avant l'âge de 80 ans	300 euros		
DÉPENDANCE LÉGÈRE		1 200 euros / an	3 000 euros
DÉPENDANCE PARTIELLE GIR 3		50 % de la rente / mois	3 000 euros (1)
DÉPENDANCE TOTALE GIR 1 ET 2		100 % de la rente / mois	3 000 euros (2)

(1) Si le capital n'a pas été versé au titre de la dépendance LÉGÈRE

(2) Si le capital n'a pas été versé au titre de la dépendance PARTIELLE ou LÉGÈRE

TITRE III : VIE DU CONTRAT

10 - MODIFICATIONS POSSIBLES DES GARANTIES

Avant toute survenance d'un état de dépendance, le souscripteur peut à tout moment augmenter ou diminuer le montant de la rente mensuelle en choisissant un montant de rente compris entre 300 euros et 2 500 euros par tranche de 100 euros.

Le souscripteur peut également, à tout moment avant toute survenance d'un état de dépendance, choisir d'adopter ou d'abandonner la garantie complémentaire optionnelle "AMÉNAGEMENT". Chacune de ces modifications n'est possible que deux fois dans la vie du contrat.

10.1 - Augmentation du montant de la rente mensuelle

Le souscripteur peut demander une augmentation du montant de la rente mensuelle, avant l'entrée en dépendance de l'assuré, et sous réserve que ce dernier n'ait pas atteint son 75^e anniversaire.

Dans ce cas, l'assuré devra satisfaire à de nouvelles formalités telles que décrites dans les présentes conditions générales à l'article 3 - Conditions de souscription. Cette modification donnera lieu à un complément de prime déterminé en fonction de l'âge de l'assuré, des conditions tarifaires en vigueur à la date de la demande et du montant de l'augmentation. Ce complément de prime fera l'objet d'un prélèvement ponctuel.

La fraction de rente nouvellement garantie est soumise à un nouveau délai d'attente à partir de la date de cette demande tel que décrit dans les présentes conditions générales à l'article 6 - Prise d'effet des garanties et délais d'attente.

Cette augmentation est constatée par avenant et prend effet, sous réserve de l'encaissement de la prime correspondante :

- le jour de la demande d'augmentation, si la déclaration d'état de santé a pu être signée,
- au jour de la notification au souscripteur de l'acceptation du risque par CNP Assurances, si l'assuré a rempli un questionnaire de santé.

10.2 - Diminution du montant de la rente mensuelle

Sans condition d'âge de l'assuré, le souscripteur peut demander la diminution du montant de la rente mensuelle. Cette demande pourra être faite avant l'entrée en dépendance de l'assuré ou s'il est déjà dépendant uniquement lorsque son état de dépendance relève de la dépendance légère.

Le nouveau montant de rente pris en compte sera le montant choisi par le souscripteur, c'est-à-dire sans application d'une éventuelle indexation passée (cf. 11. 2 - Indexation des garanties avant le versement de la rente des présentes conditions générales). Cette modification donnera lieu à une nouvelle prime, déterminée, en fonction des conditions tarifaires en vigueur à la date de la demande et de l'âge de l'assuré à la souscription ou, si il y a

lieu, aux dates de demandes d'augmentation de la rente. Cette nouvelle prime sera prélevée à l'échéance périodique qui suit la date d'effet de l'avenant, déduction faite d'un éventuel excédent de prime perçu entre ces deux dates, au titre de la garantie avant diminution. Cette diminution est constatée par avenant et prend effet à la date de réception de la demande de diminution par CNP Assurances.

10.3 - Adoption de la garantie complémentaire optionnelle « AMÉNAGEMENT »

Le souscripteur peut demander l'adoption de la garantie complémentaire optionnelle "AMÉNAGEMENT", avant l'entrée en dépendance de l'assuré, et sous réserve que ce dernier n'ait pas atteint son 75^e anniversaire.

Dans ce cas, l'assuré devra satisfaire de nouveau aux formalités décrites dans les présentes conditions générales à l'article 3 - Conditions de souscription. Cette modification donnera lieu à un complément de prime calculé en fonction de l'âge de l'assuré et des conditions tarifaires en vigueur à la date de la demande.

Ce complément de prime fera l'objet d'un prélèvement ponctuel.

La garantie "AMÉNAGEMENT" est soumise à un délai d'attente à partir de la date de cette demande tel que décrit dans les présentes conditions générales à l'article 6 - Prise d'effet des garanties et délais d'attente.

L'adoption de la garantie "AMÉNAGEMENT" est constatée par avenant et prend effet, sous réserve de l'encaissement de la prime correspondante :

- le jour de la demande d'adoption, si la déclaration d'état de santé a pu être signée,
- au jour de la notification au souscripteur de l'acceptation du risque par CNP Assurances, si l'assuré a rempli un questionnaire de santé.

10.4 - Abandon de la garantie complémentaire optionnelle "AMÉNAGEMENT"

Sans condition d'âge de l'assuré et avant l'entrée en dépendance de ce dernier, le souscripteur peut demander l'abandon de la garantie "AMÉNAGEMENT". Cette modification donnera lieu à un recalcul de la prime, en fonction des conditions tarifaires en vigueur à la date de la demande et de l'âge de l'assuré à la souscription ou, si il y a lieu aux dates de demandes d'augmentation de la rente. Cette nouvelle prime sera prélevée à l'échéance périodique qui suit la date d'effet de l'avenant, déduction faite d'un éventuel excédent de prime perçue entre ces deux dates au titre de la garantie avant abandon. L'abandon de la garantie "AMÉNAGEMENT" est constaté par avenant et prend effet à la date de réception de la demande d'abandon par CNP Assurances.

11 - ÉVOLUTION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

11.1 - Fonds de revalorisation

Au 31 décembre de chaque année, CNP Assurances établit le compte de résultat de l'ensemble des opérations effectuées au titre des contrats des assurés non dépendants en portefeuille et des rentes en cours de service.

Le fonds de revalorisation est alimenté par au moins 90 % des produits financiers nets et intègre le solde du compte au 31 décembre de l'exercice précédent. Le fonds de revalorisation contribue à la revalorisation des rentes en cours de service et à l'augmentation de la provision correspondant à l'indexation des garanties.

11.2 - Indexation des garanties avant le versement de la rente

Chaque année à partir du 1^{er} avril, avec prise d'effet à la date anniversaire du contrat qui suit, le montant des garanties varie en fonction d'un taux fixé par référence à l'évolution annuelle du plafond annuel de la Sécurité sociale constatée au 1^{er} janvier de l'année en cours, dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation.

Les contrats réduits ne sont pas soumis à l'indexation des garanties. En cas de demande de diminution du montant de la rente mensuelle, l'indexation acquise précédemment n'est plus appliquée. Le nouveau montant de rente pris en compte est celui choisi par le souscripteur, selon les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 10 - Modifications possibles des garanties.

11.3 - Revalorisation des rentes en cours de service

Chaque année au 1^{er} janvier, les rentes en cours de service sont revalorisées en fonction de l'évolution annuelle du plafond annuel de la Sécurité sociale dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation.

12 - MONTANT DE LA PRIME

Le montant de la prime annuelle est déterminé en fonction :

- de l'âge de l'assuré à la souscription ou à la date de demande de modification de garanties,
- du montant de la rente garanti,
- et du choix éventuel de la garantie optionnelle "AMÉNAGEMENT".

Le montant de la prime à régler la première année figure sur les conditions particulières, qui sont transmises au souscripteur (et à l'assuré lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur).

Le montant des primes suivantes est communiqué annuellement sur le bulletin de situation annuel adressé au souscripteur (et à l'assuré lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur).

La première prime est prélevée à la date de conclusion du contrat.

13 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRIMES

13.1 - Paiement des primes par le souscripteur

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle payable d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire du souscripteur ouvert auprès d'un établissement de crédit domicilié en France, le 8 du mois anniversaire de la souscription. Cette prime peut être fractionnée en échéances périodiques mensuelles, trimestrielles, semestrielles ou annuelles, dès lors que la prime correspondante est supérieure à 10 euros. Le montant de la première prime est calculé prorata temporis à compter de la date de conclusion du contrat dans le mois. Si le souscripteur opte pour un règlement mensuel, le premier prélèvement est égal aux 3 premières échéances mensuelles. Les primes mensuelles sont payables le 8 de chaque mois. Les primes trimestrielles et semestrielles sont payables le 8 du 1^{er} mois de la période. Le fractionnement choisi initialement peut à tout moment être modifié, à condition de respecter le minimum de prélèvement (10 euros). Cette modification est constatée par avenant et prend effet à la date de réception de la demande par CNP Assurances. Lorsque l'assuré est en dépendance de niveau GIR 3, GIR 2 ou GIR 1, le paiement de toutes les primes cesse.

Lorsque l'assuré est en dépendance LÉGÈRE, le paiement des primes relatives à la garantie «dépendance» relevant des niveaux GIR 3, GIR 2 et GIR 1 reste dû.

13.2 - Cas particulier : paiement des primes par l'assuré en cas de décès du souscripteur ou non-paiement des primes par le souscripteur

Lorsque le souscripteur et l'assuré sont des personnes distinctes et en cas de décès du souscripteur ou de non-paiement des primes par le souscripteur, l'assuré peut se substituer à celui-ci et acquitter les primes, par le débit d'un compte bancaire ouvert à son nom auprès d'un établissement de crédit domicilié en France pour maintenir le contrat.

Si l'assuré acquitte les primes dues, les garanties sont alors maintenues.

Lorsque cette prise en charge des primes est consécutive au décès du souscripteur, l'assuré reprend à son compte les droits et obligations du souscripteur, notamment quant au paiement des primes et la faculté de modifier les garanties.

À défaut de substitution de la part de l'assuré, le contrat prend fin conformément à l'article 13.3 - Non-paiement des primes ou à l'article 16 - Fin du contrat.

13.3 - Non-paiement des primes

À défaut de paiement d'une prime dans un délai de 10 jours suivant l'échéance périodique, le souscripteur recevra à son dernier domicile connu un courrier recommandé de mise en demeure l'informant que le non-paiement entraîne:

- soit la résiliation de l'assurance, si moins de 8 années de primes ont été payées.

Le contrat est résilié et les garanties prennent fin 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la prime est restée impayée à cette échéance.

- soit la mise en réduction du contrat si 8 années consécutives de primes ont été payées. Les 8 années s'apprécient pour chacune des garanties principales en cours.

L'assuré bénéficie de la mise en réduction de ces garanties pour lesquelles les primes ont été réglées pendant au moins 8 années consécutives à la date de réduction ; le montant des garanties est réduit par application d'un coefficient fixé en fonction du nombre d'années de primes acquittées et du barème en vigueur à la date de mise en réduction. Les garanties réduites ne sont pas revalorisées.

La garantie "AMÉNAGEMENT", la garantie « FRACTURE » et les garanties d'assistance cessent.

14 - INDEXATION DES PRIMES

Chaque année au 1^{er} avril, et à partir de la date anniversaire du contrat qui suit, les primes varient, comme les garanties, selon un taux fixé par référence à l'évolution annuelle du plafond annuel de la Sécurité sociale constatée au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Le souscripteur en est informé au plus tard 3 mois avant la date de renouvellement de son contrat, étant convenu que le nouveau montant de la prime s'applique à cette échéance.

Si après cette information le souscripteur modifie ses garanties d'assurance, dans les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 10 - Modifications possibles des garanties, l'assureur lui communique le nouveau montant de sa prime indexé tenant compte de cette modification, qui prendra effet à la date de renouvellement de son contrat.

En cas de désaccord, le souscripteur a la possibilité de dénoncer le contrat dans le mois qui suit la réception de cette information.

15 - RÉVISION DES PRIMES

Indépendamment de l'évolution de l'indexation, la prime est révisable chaque année au 1^{er} avril, en fonction des résultats techniques de l'ensemble des contrats Dépendance de CNP Assurances. Le souscripteur est informé de cette révision au plus tard 3 mois avant la date de renouvellement de son contrat. Le nouveau montant de la prime s'applique à la date de renouvellement de son contrat. Si après cette information le souscripteur modifie ses garanties d'assurance, dans les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 10 - Modifications possibles des garanties, l'assureur lui communique le nouveau montant de sa prime indexé tenant compte de cette modification qui prendra effet à la date de renouvellement de son contrat.

En cas de désaccord, le souscripteur a la possibilité de dénoncer son contrat dans le mois qui suit la réception de cette information.

16 - FIN DU CONTRAT

Le contrat prend fin en cas de :

• Renonciation

Renonciation selon les modalités fixées à l'article 17.2 - Renonciation au contrat des présentes conditions générales.

• Dépendance pendant le délai d'attente

En cas de dépendance de niveau GIR 1, 2 ou 3 pendant le délai d'attente, le contrat prend fin et les primes nettes de frais afférentes à ces garanties sont remboursées au souscripteur.

• Résiliation du contrat par le souscripteur

La demande de résiliation doit être adressée par le souscripteur à CNP Assurances par lettre recommandée avec avis de réception 2 mois avant la date de renouvellement de son contrat, date à laquelle le souscripteur cessera d'être couvert.

• Non-paiement de la prime par le souscripteur

Les contrats de moins de 8 ans cessent de produire leurs effets, dans les conditions définies dans les présentes conditions générales à l'article 13.3 - Non-paiement des primes, si la prime reste impayée au terme du délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure visée à cet article.

• Décès du souscripteur ou de l'assuré

Au jour du décès de l'assuré, le contrat prend fin et le versement de la rente annuelle ou des rentes mensuelles cesse. Si le souscripteur décède, l'assuré peut poursuivre le présent contrat, notamment en payant les primes ; à ce titre, il devient souscripteur et il bénéficie du maintien des garanties et l'ensemble des stipulations des présentes conditions générales lui sont opposables.

Pour ce faire, CNP Assurances adresse un courrier à l'assuré dans les 10 jours suivant la date à laquelle elle est informée du décès du souscripteur, afin d'indiquer à l'assuré qu'il peut se substituer à ce dernier. L'assuré doit alors répondre dans les 30 jours à compter de la réception dudit courrier.

À défaut, le contrat est résilié au jour du décès du souscripteur.

17 - DROITS DU SOUSCRIPTEUR

17.1 - Information annuelle

Chaque année, le souscripteur (et l'assuré lorsque celui-ci est une personne distincte du souscripteur) reçoit un bulletin de situation indiquant le montant de la rente dépendance garantie, le montant des primes, les valeurs de réduction acquises au titre d'un contrat de plus de 8 années en cas de cessation de paiement et les éventuelles modifications apportées au contrat.

17.2 - Renonciation au contrat

La signature de la demande de souscription ne constitue pas un engagement définitif pour le souscripteur. Il peut renoncer à son contrat.

Délai pour exercer la faculté de renonciation

• Si la souscription du contrat fait suite à un démarchage

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

Le souscripteur ne peut toutefois plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

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

• Si le contrat est souscrit à distance

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, le même délai s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque le contrat est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment vente par correspondance ou Internet). Dans ce cas, ce délai commence également à courir à compter de la date de conclusion du contrat (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L 121-20-11 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

• Si le contrat est souscrit en face-à-face

Le contrat est vendu en face-à-face lorsque le client, n'ayant pas préalablement fait l'objet d'une sollicitation personnalisée - envoi d'un courrier ou autre, à son domicile, son lieu de résidence ou son lieu de travail, se rend dans les locaux du professionnel de l'assurance pour souscrire au contrat.

Dans ce cas, CNP Assurances prévoit contractuellement un délai de renonciation de 30 jours calendaires.

• Dans tous les cas

CNP Assurances étend contractuellement ce délai à 30 jours. Quel que soit le mode de commercialisation, le souscripteur bénéficie alors à titre contractuel d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat, y compris en cas de vente en face-à-face.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit de renonciation, le souscripteur doit adresser à CNP Assurances - Gestion spécifique - TSA 10004 - 49011 Angers Cedex 01, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme)(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à la souscription du contrat « PREFON DÉPENDANCE » que j'ai signée le à (Lieu de conclusion du contrat), le (Date et signature) ».

Effets de la renonciation

CNP Assurances procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Les effets sur le contrat varient en fonction de son mode de commercialisation :

- Si l'assurance ne fait pas suite à un démarchage, le contrat est réputé ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par CNP Assurances de la lettre recommandée de renonciation ;
- Si l'assurance fait suite à un démarchage, le contrat est résilié à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation. Le souscripteur reste cependant tenu au paiement intégral de la prime 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.

17.3 - Droits du souscripteur (ou de l'assuré) sur les informations le concernant

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, le souscripteur (ou l'assuré) dispose d'un droit d'accès et de rectification des données qui le concernent. Il peut exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Ces données sont nécessaires au traitement de sa souscription et à la gestion de son contrat et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances. Les données recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par PREFON et ses partenaires, sauf opposition écrite de sa part auprès de CNP Assurances.

17.4 - Procédure de conciliation

La procédure de conciliation ne s'applique pas si le médecin de l'assuré et le médecin-conseil de CNP Assurances peuvent signer un procès-verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé de l'assuré.

Toutefois, le souscripteur ou l'assuré qui conteste la décision de CNP Assurances doit lui faire parvenir, dans les 6 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant la réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

CNP Assurances 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 médecin **sont à la charge de la partie perdante**, le souscripteur, ou l'assuré ou ses proches faisant l'avance.

17.5 - Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation relative à son contrat, le souscripteur ou son ayant-droit doit contacter le Centre de Clientèle, dont l'adresse figure sur les conditions particulières.

Le souscripteur, s'il est en désaccord avec la position définitive de CNP Assurances sur sa réclamation, peut saisir le Médiateur en s'adressant à la Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

Les modalités de la procédure de médiation lui seront communiquées sur demande adressée à :

Médiateur de la FFSA
BP 290
75425 PARIS CEDEX 9

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

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

17.6 - Prescription

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

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

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

17.7 - Autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de CNP Assurances.

18 - DÉMARCHES À ACCOMPLIR POUR LA MISE EN OEUVRE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

18.1 - En cas de fracture avant la survenance de la dépendance

En vue du versement du capital "FRACTURE", l'assuré ou toute autre personne de son entourage doit adresser à CNP Assurances un dossier comprenant l'ensemble des justificatifs suivants :

- certificat médical à faire remplir par le médecin traitant,
- compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire et/ou compte rendu de radiographie.

18.2 - En cas de dépendance

- En vue du versement des prestations liées à un état de dépendance (rentes annuelles, rentes mensuelles, ou capital "Aménagement") l'assuré ou toute autre personne de son entourage doit adresser à CNP Assurances un dossier sous pli confidentiel destiné au service du contrôle des Sinistres de CNP Assurances, comprenant l'ensemble des justificatifs suivants :

- un imprimé "justificatif d'état de dépendance", à renseigner éventuellement avec l'aide du médecin traitant ou celle de l'entourage et à adresser sous pli confidentiel, à l'attention du Service Contrôle des Sinistres de CNP Assurances - TSA 67162 - 4 Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15,
- un certificat du médecin traitant ou hospitalier exposant l'état de dépendance de l'assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine (accidentelle ou pathologique) de l'affection (des affections),
- la notification de la Sécurité sociale plaçant l'assuré en invalidité 3^e catégorie ; à défaut un certificat médical attestant que l'assuré est atteint d'une invalidité totale, permanente et définitive nécessitant l'assistance d'une tierce personne.

De plus, il devra fournir l'un des justificatifs suivants :

- En cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : l'attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, le bulletin de situation, le certificat d'admission, l'attestation de présence, le contrat d'hébergement, le certificat de séjour, les factures de frais de séjour.
- En cas de maintien à domicile :
- le certificat médical justifiant de l'assistance d'une tierce personne accompagné, si la tierce personne est rémunérée, de justificatifs d'emploi (avis de recouvrement de l'URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décompte des heures effectuées à domicile, copie des chèques emplois services),
- ou le certificat médical justifiant de la dispense de soins médicaux à domicile.

De plus, en cas de dépendance consécutive à un accident survenu pendant le délai d'attente, il devra fournir tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec l'état de dépendance, notamment le rapport de gendarmerie, des coupures de presse, des témoignages...

En outre, il devra fournir, 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 pris en considération pour l'attribution de cette prestation. **Ce renseignement a une valeur indicative pour CNP Assurances qui effectue sa propre évaluation du niveau de dépendance de l'assuré.**

Les documents susvisés doivent être libellés ou traduits en français aux frais de l'assuré afin qu'ils puissent être lus et compris par l'assureur. Outre les justificatifs prévus ci-dessus, CNP Assurances 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. Si l'assuré refuse de transmettre les pièces nécessaires à la constitution de son dossier ou de se soumettre au contrôle médical demandé, l'assureur ne pourra donner suite à la demande de garantie.

19 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Après étude du dossier, et s'il s'avère que l'état de santé de l'assuré répond aux conditions contractuelles relatives au contrat PREFON DÉPENDANCE, CNP Assurances verse à l'assuré, selon son état et ses choix de garanties, les prestations prévues au contrat telles que définies dans les présentes conditions générales à l'article 7 - Contenu des garanties principales d'assurance.

À noter qu'au cours du paiement des rentes, CNP Assurances se réserve la possibilité de vérifier régulièrement le maintien de l'état de dépendance de l'assuré. En cas de refus de l'assuré, le versement des rentes cesse.

Le décès de l'assuré met fin au versement des rentes.

TITRE IV : GARANTIES D'ASSISTANCE-FILASSISTANCE AUTONOMIE PLUS, DÉPENDANCE LÉGÈRE ET FRACTURE

Les prestations d'assistance du contrat PREFON DÉPENDANCE, définies ci-après, sont assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Vous pouvez bénéficier des prestations d'assistance dès lors que vous avez la qualité d'assuré et aussi longtemps que vous la conservez, sauf après réduction de vos garanties pour non-paiement de prime.

Les bénéficiaires : les assurés ou leurs proches parents domiciliés en France Métropolitaine, dans la principauté de Monaco, dans un DOM.

Les proches parents : le conjoint ou concubin notoire ou le partenaire avec lequel l'assuré a conclu un PACS, leurs ascendants et descendants au 1^{er} degré.

20 - COMMENT BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS ?

FILASSISTANCE INTERNATIONAL est accessible du lundi au vendredi de 9h à 18h (et 24h sur 24, 7 j sur 7 en cas de nécessité urgente) et délivre les prestations en France métropolitaine, dans la principauté de Monaco et dans les DOM.

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter FILASSISTANCE INTERNATIONAL préalablement à toute prestation dans les 5 jours suivant l'événement, afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une mise en oeuvre des prestations. Pour ce faire, il convient de rappeler le n° de contrat indiqué dans le courrier d'accompagnement des conditions particulières.

À ce titre FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à la disposition des bénéficiaires un numéro de téléphone. Il figure dans le courrier d'accompagnement des conditions particulières au contrat PREFON DÉPENDANCE. À défaut de respecter cet accord préalable sauf cas fortuit ou force majeure, aucune dépense effectuée d'autorité par l'assuré n'est remboursée.

Les informations transmises par FILASSISTANCE INTERNATIONAL sont des informations d'ordre général et communiquées dans le respect de la déontologie médicale. Seuls les professionnels de santé traitants sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

Les prestations d'informations sont uniquement téléphoniques et ne font en aucun cas l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique est alors pris sous 48 heures.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

La reconnaissance de l'état de dépendance est établie par l'assureur. Dans le cas où FILASSISTANCE INTERNATIONAL serait amené à intervenir avant même que l'assureur n'ait pu établir l'état de dépendance, elle se réserve la possibilité de demander tout justificatif de l'état de dépendance (notamment des certificats médicaux, l'attestation Allocation Personnalisée d'Autonomie APA).

LA PRÉVENTION

➤ ÉCOUTE, CONSEILS, INFORMATIONS VIE PRATIQUE

Sur simple appel téléphonique d'un bénéficiaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL :

- recherche des solutions adaptées et des intervenants adéquats (notamment des professionnels de santé, des établissements de santé, des fournisseurs en équipements santé et services associés, des ambulanciers),
- répond aux demandes dans les domaines suivants : habitation - logement, salaires, assurances sociales - allocations - retraites, services publics, droit des consommateurs, hygiène de vie (notamment l'alimentation) ; préparation aux voyages (notamment les précautions sanitaires et comportementales), effets secondaires des médicaments, vaccinations,
- communique des informations générales sur notamment les pathologies, la nutrition, les traitements.

Cette prestation de renseignements téléphoniques est assurée par l'équipe de chargés d'informations de FILASSISTANCE INTERNATIONAL qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique.

La prestation est uniquement téléphonique et en aucun cas ne fera l'objet d'une confirmation écrite.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique est alors pris sous 48 heures. La responsabilité de FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s).

Les frais que l'assuré engage auprès de ces organismes sont à sa charge.

à AIDE À LA RECHERCHE D'ACTIVITÉS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 : cours liés aux nouvelles technologies, cours de langues, d'informatique, de dessin.

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

➤ AIDE À 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 h sur 24 et 7 j sur 7, FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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).

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible. De plus, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.

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

➤ RECHERCHE DE PROFESSIONNELS DE L'HABITAT

FILASSISTANCE INTERNATIONAL communique à l'assuré (du lundi au vendredi de 9h à 18 h et 24h sur 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.

Les prestations sont uniquement téléphoniques et en aucun cas ne font l'objet d'une confirmation écrite. De plus, FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne saurait en aucun cas recommander une entreprise, ni a fortiori être impliquée à propos de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou à propos de la rapidité de son intervention.

➤ SERVICES D'ASSISTANCE «A LA CARTE»

FILASSISTANCE INTERNATIONAL accompagne l'assuré dans sa recherche de prestataires à domicile (en fonction des disponibilités locales) et le met en relation avec eux, si nécessaire.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL répond 24 h sur 24 et 7 j sur 7 et apporte son aide à l'assuré pour la recherche de prestataires, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL décline toute responsabilité concernant la qualité du travail exécuté par l'entreprise ou l'organisme ou à propos de la rapidité de son intervention.

Sur demande de l'assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut rechercher des prestataires pouvant intervenir à son domicile, et notamment pour :

- la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- la télésécurité, la garde de votre domicile (vigile),
- la garde de vos petits-enfants, des animaux de compagnie.

Et d'autres prestataires, comme par exemple :

- une aide ménagère, un accompagnateur dans vos déplacements,
- une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service « blanchisserie »,
- un plombier, un menuisier, un électricien, un peintre, un tapissier, un serrurier, un vitrier.

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

➤ BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

Dès la souscription et sur simple demande de l'assuré ou de ses proches, 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 INTERNATIONAL 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'habillage), afin de favoriser le maintien à domicile et préserver la qualité de vie de l'assuré.

C'est pourquoi l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE INTERNATIONAL délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'assuré et ses proches 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. 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 ou des adaptateurs de véhicules.

Les frais engagés à l'issue de ce bilan sont à la charge de l'assuré ou de ses proches.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale/dépendance (reconnaissance et prise en charge thérapeutique). De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, notre équipe aide l'assuré ou ses proches 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 sur les financements possibles (notamment organismes publics, mutuelles), nous les orientons vers les organismes concernés et (le cas échéant) FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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 diagnostic ou thérapeutique personnalisées.

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

➤ BILAN PRÉVENTION MÉMOIRE

Sur votre demande ou celle de vos proches, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE INTERNATIONAL réalise une évaluation médicopsychosociale des capacités cognitives et de mémorisation. En cas de plainte mnésique (mémoire) objectivée, vous êtes orienté vers votre 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 INTERNATIONAL écoute, informe et accompagne l'assuré et ses proches selon le niveau de déficit cognitif et le mode de vie. FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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».

➤ TÉLÉASSISTANCE POUR L'ASSURÉ

Si l'assuré le demande, FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à sa disposition un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

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

- gestion de la « fiche médicale » de l'assuré,
- écoute 24 h sur 24 par les équipes d'assistance,
- présence 24 h sur 24 et 7 j sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appel de FILASSISTANCE INTERNATIONAL,
- dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de FILASSISTANCE INTERNATIONAL,
- mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

Pour tout abonnement de plus de 12 mois, la mise en service de l'appareil est prise en charge. Les frais d'abonnement restent à la charge de l'assuré.

L'AIDE À L'AIDANT

➤ INFORMATIONS SUR LA DÉPENDANCE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL communique à l'assuré toutes les informations dont il pourrait avoir besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche, notamment ses droits et les démarches à effectuer. De même, le cas échéant et sur demande, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut mettre l'assuré en contact avec les organismes concernés.

➤ AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIER

Sur simple appel téléphonique et 7 j sur 7, FILASSISTANCE INTERNATIONAL apporte son aide dans la constitution du dossier lié à la dépendance d'un proche (notamment pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

➤ AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS OU TEMPORAIRES

Sur simple appel téléphonique et 7 j sur 7, FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche et indique à l'assuré les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir en long séjour ou temporairement son proche en état de dépendance, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera. Si l'assuré le souhaite, FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche un lit en établissement spécialisé ou temporaire le plus proche du domicile de son proche ou le plus apte à répondre à ses besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

➤ AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS DE PLACEMENT TEMPORAIRE D'UN PROCHE DÉPENDANT

Afin de permettre à l'assuré de se reposer ou en cas de situation qui l'empêche de rester auprès d'un proche dépendant (hospitalisation, maladie) dont l'assuré a la charge, sur simple appel téléphonique et 7 j sur 7, FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche et lui indique les établissements qui peuvent recevoir temporairement son proche, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

Si l'assuré le souhaite, FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche un lit en établissement temporaire le plus proche du domicile de son proche dépendant ou le plus apte à répondre à ses besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.

➤ SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE »

En cas de dépendance d'un proche, FILASSISTANCE INTERNATIONAL accompagne l'assuré dans sa recherche de prestataires à domicile (en fonction des disponibilités locales) et le met en relation avec eux, si nécessaire.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL répond 24 h sur 24 et 7 j sur 7 et apporte son aide à l'assuré pour la recherche de prestataires, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h. FILASSISTANCE INTERNATIONAL décline toute responsabilité concernant la qualité du travail exécuté par l'entreprise ou l'organisme ou à propos de la rapidité de son intervention.

Sur demande de l'assuré pour son proche dépendant, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut rechercher des prestataires pouvant intervenir à son domicile, et notamment pour :

- la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- la télésécurité, la garde de votre domicile (vigile),
- la garde de vos petits-enfants, des animaux de compagnie.

Et d'autres prestataires, comme par exemple :

- une aide ménagère, un accompagnateur dans les déplacements,
- une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service « blanchisserie »,
- un plombier, un menuisier, un électricien, un peintre, un tapissier, un serrurier, un vitrier.

Les frais engagés restent à la charge de l'assuré ou de son proche dépendant.

➤ ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Lors de la survenance de la dépendance d'un des proches de l'assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée notamment de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à vous assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

➤ LA TÉLÉASSISTANCE POUR LES PROCHES DE L'ASSURÉ

En cas de dépendance d'un proche, FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à disposition de l'assuré un appareil de téléassistance qui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, l'assuré ou son proche peut alerter notre équipe médico-sociale qui identifie l'appel, même si l'utilisateur ne peut pas parler.

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

- gestion de la « fiche médicale » de l'abonné (le proche de l'assuré),
- écoute 24 h sur 24 par les équipes d'assistance,
- présence 24 h sur 24 et 7 j sur 7 d'une équipe spécialisée dans notre centre d'appel,
- dialogue, si nécessaire, avec notre 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, la mise en service de l'appareil est prise en charge. Les frais d'abonnement restent à la charge de l'assuré ou de son proche.

22 - SE FAIRE ASSISTER DES LE RETOUR A DOMICILE APRÈS UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE 4 JOURS CAUSÉE PAR UNE FRACTURE RECONNUE PAR L'ASSUREUR

➤ BILLET DE VISITE OU GARDE MALADE

Lors du retour de l'assuré à son domicile après une hospitalisation de plus de 4 jours, s'il est seul, FILASSISTANCE INTERNATIONAL :

- met à la disposition d'un proche parent un titre de transport aller et retour, afin que ce dernier se rende à son chevet et rembourse également les frais d'hôtel
- (hors frais de restauration) à concurrence de 45 euros par nuit, avec un maximum par séjour de 230 euros,
- OU recherche et prend en charge une garde malade dans la limite de 15 heures, pendant les 5 jours qui suivent votre retour au domicile.

Ces 2 prestations ne sont pas cumulables. Le billet de visite est accordé sous réserve que le trajet ait lieu en France métropolitaine pour les assurés qui résident en France métropolitaine, dans la principauté de Monaco, ou dans le département de résidence pour les assurés qui résident dans un DOM. La prise en charge se limite à une seule intervention par année civile.

➤ AIDE MÉNAGÈRE

Au retour à domicile de l'assuré suite à une hospitalisation de plus de 4 jours consécutifs en raison d'une fracture telle que définie par l'assureur, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise la venue d'une aide ménagère pour le soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et qu'il ne peut plus assumer, et prend en charge sa rémunération jusqu'à 30 heures par évènement, réparties sur 10 jours ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour (maximum 60 heures par année civile). La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou la situation de famille de l'assuré par le service médical de FILASSISTANCE INTERNATIONAL. L'assuré doit justifier (ex. certificats médicaux, justificatifs d'hospitalisation) son recours aux services de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

➤ ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche pour le compte de l'assuré des services d'aide au déplacement (notamment à la banque, à La Poste, dans les établissements de soins) et organise (le cas échéant) la venue d'un accompagnateur.

La responsabilité de FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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(s) communiqué(s) concernant ces services.

Les frais engagés sont pris en charge par FILASSISTANCE INTERNATIONAL jusqu'à 60 euros TTC par année civile (dans la limite de 2 déplacements par événement).

23 - LES PRESTATIONS ACQUISES A PARTIR DE LA DÉPENDANCE LÉGÈRE CONSTATÉE PAR L'ASSUREUR

Vous bénéficiez en plus des prestations décrites ci-dessus, des prestations suivantes :

➤ TÉLÉASSISTANCE

Vous bénéficiez de la prestation de Téléassistance telle que définie ci-dessus complétée par une prise en charge de l'abonnement pendant 3 mois.

➤ BILAN « SOLUTION DE VIE »

Dès la reconnaissance de la dépendance légère par l'assureur, FILASSISTANCE INTERNATIONAL réalise avec la personne (ses proches ou son représentant légal) un bilan de sa situation :

- niveau de dépendance ou de handicap,
- dossier APA et autres aides à domicile déjà existantes,
- professionnels intervenant à domicile,
- présence et intervention ou non des proches,
- aménagement du domicile,
- situation financière.

À partir de ce bilan réalisé par téléphone avec l'assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL identifie les prestations à mettre en place et propose à l'assuré un plan d'aide à domicile. En accord avec l'assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise les prestations et aide l'assuré à choisir les prestataires.

Les principales prestations sont (liste non exhaustive) :

- téléassistance,
- aides techniques,
- portage de repas,
- accompagnement dans les déplacements ou petit bricolage,
- aide à domicile, auxiliaire de vie.

➤ SERVICES D'ASSISTANCE « A LA CARTE »

FILASSISTANCE INTERNATIONAL accompagne l'assuré dans sa recherche de prestataires à domicile (en fonction des disponibilités locales) et le met en relation avec eux, si nécessaire.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL répond 24 h sur 24 et 7 j sur 7 et apporte son aide à l'assuré pour la recherche de prestataires, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h. FILASSISTANCE INTERNATIONAL décline toute responsabilité concernant la qualité du travail exécuté par l'entreprise ou l'organisme ou à propos de la rapidité de son intervention.

Sur demande de l'assuré pour un proche dépendant, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut rechercher des prestataires pouvant intervenir à son domicile, et notamment pour :

- la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- la télésecrétariat, la garde de votre domicile (vigile),
- la garde de vos petits-enfants, des animaux de compagnie.

Et d'autres prestataires, comme par exemple :

- une aide ménagère, un accompagnateur dans ses déplacements,
- une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service « blanchisserie »,
- un plombier, un menuisier, un électricien, un peintre, un tapissier, un serrurier, un vitrier.

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

➤ SERVICE SOUTIEN DE LA MÉMOIRE

Dans le cas où vous êtes dépendant (à partir de la dépendance légère) et en complément du bilan prévention mémoire, en cas de vieillissement normal de votre mémoire vous pouvez bénéficier d'un programme d'entraînement de la mémoire et d'un accompagnement personnalisé. Ce programme, basé sur la réalisation d'exercices spécifiques conçus et réalisés par FILASSISTANCE

INTERNATIONAL avec l'appui de partenaires reconnus, d'une durée de 6 mois a plusieurs objectifs :

- stimuler ses fonctions intellectuelles et vous permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne,
- s'approprier le « pourquoi je dois entretenir ma mémoire et comment le faire »,
- repenser son hygiène de vie vis-à-vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative.

24 - LES PRESTATIONS ACQUISES A PARTIR DE LA DÉPENDANCE PARTIELLE

Vous bénéficiez en plus des prestations décrites ci-dessus, des prestations suivantes :

➤ ADAPTATION AU DOMICILE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge, à hauteur de 460 euros maximum par assuré, l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pour préparer l'adaptation de son logement et conseiller (notamment types de travaux, fournisseurs de matériel spécialisé, adaptation de véhicules, associations).

De plus, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut rechercher des entreprises pour faire établir des devis en vue de cette adaptation et si l'assuré le désire, vous met en relation avec elles. En aucun cas, FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut agir comme maître d'oeuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

➤ LA MISE EN RELATION AVEC LES CORPS DE MÉTIERS EN CHARGE DE L'AMÉNAGEMENT DU LOGEMENT

Sur simple appel téléphonique :

- FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche des entreprises pour faire établir des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement de l'assuré et le met en relation avec ces entreprises s'il le souhaite,
- FILASSISTANCE INTERNATIONAL donne à l'assuré des renseignements notamment sur les fournisseurs de matériel spécialisé, l'adaptateur sur véhicules, sur les associations.

En aucun cas FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut agir comme maître d'oeuvre dans les travaux qui pourraient être effectués.

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

➤ LA TÉLÉASSISTANCE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à la disposition de l'assuré un appareil de téléassistance (médaillon téléphone Filassist Contact) et de plus, prend en charge la mise en place du dossier et les frais de mise en service pour tout abonnement supérieur à 12 mois.

➤ BILLET DE VISITE OU GARDE MALADE

Lors du retour de l'assuré à son domicile après une hospitalisation de plus de 4 jours, s'il est seul, FILASSISTANCE INTERNATIONAL :

- met à la disposition d'un proche parent un titre de transport aller et retour, afin que ce dernier se rende à son chevet et rembourse également les frais d'hôtel (hors frais de restauration) à concurrence de 45 euros par nuit, avec un maximum par séjour de 230 euros,
- OU recherche et prend en charge une garde malade dans la limite de 15 heures, pendant les 5 jours qui suivent votre retour au domicile.

Ces 2 prestations ne sont pas cumulables. Le billet de visite est accordé sous réserve que le trajet ait lieu en France métropolitaine pour les assurés qui résident en France métropolitaine ou dans le département de résidence pour les assurés qui résident dans un DOM. La prise en charge se limite à une seule intervention par année civile.

➤ PORTAGE DES REPAS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise pour l'assuré des services de portage de repas. **Les frais engagés (portage et repas) restent à la charge de l'assuré.**

➤ ACHÈMÈNEMENT DES MÉDICAMENTS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise l'acheminement au domicile de l'assuré les médicaments indispensables à son traitement immédiat selon une prescription médicale, si l'assuré ou son entourage ne peuvent intervenir. **Les frais engagés (portage et médicaments) restent à la charge de l'assuré.**

➤ AIDE MÉNAGÈRE

Lors du retour au domicile de l'assuré après une hospitalisation de plus de 4 jours (par événement) ou dès la reconnaissance de la dépendance par l'assureur (1 seule intervention pendant toute la durée du contrat), FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise la venue d'une aide ménagère et prend en charge sa rémunération à raison de 30 heures au plus, réparties sur 10 jours ouvrés avec un maximum de 4 heures par jour (dans la limite de 60 heures par année civile au total dans le cadre du retour au domicile suite

à une hospitalisation de plus de 4 jours). Le nombre d'heures prises en charge est apprécié, selon sa situation par l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE INTERNATIONAL. Des justificatifs (notamment certificats médicaux, justificatifs d'hospitalisation) lui seront demandés.

➤ GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge la garde des animaux domestiques (chiens, chats), pendant ou suite à une hospitalisation supérieure à 4 jours. La prise en charge se limite à une seule intervention par contrat, et à une durée de 8 jours.

25 - LES PRESTATIONS ACQUISES A PARTIR DE LA DÉPENDANCE TOTALE

VOUS BÉNÉFICIEZ EN PLUS DES PRESTATIONS DÉCRITES CI-DESSUS, DES PRESTATIONS SUIVANTES :

EN CAS DE MAINTIEN A DOMICILE

➤ TÉLÉASSISTANCE

L'assuré bénéficie de la prestation de Téléassistance telle que définie ci-dessus complétée par une prise en charge de l'abonnement pendant 3 mois.

➤ TÉLÉ SÉCURITÉ - PRÉVENTION VOL

FILASSISTANCE INTERNATIONAL renseigne l'assuré sur les alarmes d'habitation et la télésurveillance et s'il le souhaite, le met en relation avec la société de votre choix qui installera le matériel de télé sécurité.

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

SERVICES DE PROXIMITÉ

➤ ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche pour l'assuré des services d'aide au déplacement (notamment à la banque, à La Poste, dans un établissement de soins) et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur. FILASSISTANCE INTERNATIONAL prend en charge 4 fois par an au plus, les frais engagés, avec un maximum annuel de 460 euros .

➤ AUXILIAIRE DE VIE

À la demande de l'assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche et organise la venue d'une auxiliaire de vie pour lui venir en aide.

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

➤ MISE À DISPOSITION D'UN COIFFEUR À DOMICILE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche et prend en charge, à la demande de l'assuré, la venue d'un coiffeur à domicile. La prise en charge ne pourra excéder 6 visites par an, avec un maximum de 500 euros pour toute la durée du contrat.

➤ ENTRETIEN DU DOMICILE ET AUTRES TRAVAUX DIVERS

FILASSISTANCE INTERNATIONAL met à la disposition de l'assuré un service de renseignements, du lundi au vendredi de 9h à 18h (et 24H/24 en cas d'urgence), destiné à lui communiquer les numéros de téléphone des services de dépannage rapide situés à proximité de son domicile (plomberie, menuiserie, électricité, peinture, tapisserie, serrurerie, vitrerie, réparation TV, électroménager et entretiens divers).

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne pourra être tenu pour responsable des travaux effectués par le prestataire que vous avez contacté.

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

➤ MISE À DISPOSITION DE MATÉRIEL

FILASSISTANCE INTERNATIONAL pourra prendre en charge, à la demande de l'assuré en complément des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaire, les frais de matériel adapté aux handicapés (notamment lit, chaise roulante), avec un maximum de 770 euros (une seule intervention par contrat).

EN CAS DE DÉPART DANS UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ

➤ ASSISTANCE DÉMÉNAGEMENT

FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise le déménagement de l'assuré si son état de dépendance rend indispensable un changement de domicile 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 DU SOUSCRIPTEUR

À la demande de l'assuré, FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut le contacter périodiquement (au maximum tous les mois pendant 6 mois) afin de maintenir un contact avec l'extérieur et connaître son ressenti quant aux conditions dans lesquelles vous vous trouvez dans le cadre de son nouvel hébergement.

26 - QUELLES SONT LES EXCLUSIONS ?

➤ EXCLUSIONS COMMUNES

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

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

- de tentative de suicide de l'assuré,
- des états résultant de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- d'un état d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance,
- 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,
- des 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).

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

➤ CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués par :

- une guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- les hostilités, représailles, conflits, saisies-arrêts, contraintes, mobilisations ou détentions par une autorité de droit ou de fait,
- une 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 notamment grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out,
- les cataclysmes naturels,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation d'atome ou de la radioactivité,
- tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution des prestations. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Toute fraude, falsification ou faux témoignages intentionnels permettra à FILASSISTANCE INTERNATIONAL d'opposer au bénéficiaire la nullité de sa garantie assistance.

TITRE V : Tarifs annuels en euros au 1^{er} avril 2015

Le tableau ci-dessous indique le montant de la prime ANNUELLE TTC
des GARANTIES PRINCIPALES et de la GARANTIE COMPLÉMENTAIRE OPTIONNELLE

Les garanties principales comprennent :

- une **rente mensuelle**, versée en cas de dépendance TOTALE relevant du groupe GIR 1 ou GIR 2 de la grille AGGIR, égale à la totalité du montant de la rente choisie,
- une **rente mensuelle**, versée en cas de dépendance PARTIELLE relevant du groupe GIR 3 de la grille AGGIR, égale à 50% du montant de la rente choisie en cas de dépendance TOTALE,
- une **rente annuelle** forfaitaire de 1200 € versée en cas de dépendance LÉGÈRE,
- un **capital "FRACTURE"** forfaitaire de 300 € versé avant toute survenance de dépendance en cas d'hospitalisation de l'assuré supérieure à 4 jours en raison d'une FRACTURE et avant 80 ans.

Le coût des prestations d'assistance est inclus dans ce tarif.

La garantie complémentaire optionnelle comprend :

Garanties principales

	300 Euros	400 Euros	500 Euros	600 Euros	700 Euros	800 Euros	900 Euros	1 000 Euros	1 100 Euros	1 200 Euros	1 300 Euros
≤ 45 ans	208,20	242,90	277,60	312,30	345,70	380,50	415,10	448,50	484,50	518,00	552,60
46 ans	217,20	251,90	287,80	325,20	359,90	395,90	431,90	467,80	503,80	538,50	575,80
47 ans	226,20	263,50	299,50	336,70	374,00	411,30	449,80	487,10	524,40	561,60	597,60
48 ans	233,90	273,80	312,30	350,90	389,40	428,00	467,80	506,30	544,90	583,40	623,30
49 ans	241,60	282,70	323,90	365,00	404,80	445,90	485,80	526,90	566,80	607,90	647,70
50 ans	250,60	293,00	335,50	377,80	420,20	461,30	505,10	547,50	589,90	632,30	673,40
51 ans	258,40	303,30	347,00	392,00	435,60	479,40	524,40	569,40	613,00	656,80	701,80
52 ans	267,30	313,50	359,90	406,20	452,40	498,70	544,90	591,20	637,50	682,50	730,00
53 ans	276,30	325,20	374,00	420,20	469,10	518,00	565,50	614,30	663,20	710,70	759,60
54 ans	285,30	335,50	386,90	437,00	487,10	537,20	588,60	638,70	688,90	740,30	790,40
55 ans	294,30	348,30	401,00	453,70	506,30	559,10	613,00	664,40	718,40	771,10	823,90
56 ans	307,10	362,40	417,70	471,60	526,90	583,40	638,70	694,00	749,30	804,60	861,10
57 ans	316,20	375,30	431,90	490,90	548,80	607,90	664,40	723,60	781,40	839,30	897,10
58 ans	327,70	389,40	449,80	510,20	570,60	632,30	692,70	753,20	813,60	875,30	936,90
59 ans	339,30	403,50	467,80	530,80	593,70	658,00	722,30	786,50	849,60	913,80	978,10
60 ans	352,10	419,00	487,10	554,00	620,80	687,60	754,40	821,20	889,30	954,90	1021,70
61 ans	365,00	435,60	506,30	577,00	647,70	717,20	787,80	858,50	929,20	999,90	1068,00
62 ans	379,10	453,70	526,90	601,50	673,40	748,00	822,50	895,80	970,30	1043,60	1118,10
63 ans	394,50	471,60	550,10	627,20	704,30	784,00	861,10	938,20	1016,60	1093,70	1170,90
64 ans	408,70	489,70	571,90	654,10	736,40	818,70	899,60	981,90	1064,20	1145,20	1227,40
65 ans	428,00	512,80	598,90	685,00	771,10	857,20	944,60	1030,70	1116,80	1201,70	1287,80
66 ans	443,40	534,70	625,90	714,60	805,80	897,10	987,10	1078,20	1169,50	1260,80	1350,80
67 ans	462,70	557,70	652,90	749,30	844,40	940,70	1035,90	1131,00	1227,40	1322,40	1418,80
68 ans	480,60	580,90	682,50	784,00	884,20	985,70	1084,70	1186,30	1286,50	1388,00	1489,50
69 ans	501,20	606,60	713,30	821,20	926,70	1033,30	1140,00	1246,60	1353,30	1458,70	1565,40
70 ans	520,50	633,60	746,70	858,50	971,70	1083,40	1195,20	1308,40	1421,50	1534,50	1645,10
71 ans	544,90	663,20	781,40	899,60	1019,20	1138,70	1256,90	1376,50	1494,70	1614,30	1731,10
72 ans	566,80	692,70	818,70	944,60	1069,30	1195,20	1319,90	1445,90	1571,80	1697,80	1823,70
73 ans	592,50	726,10	858,50	990,90	1123,20	1256,90	1389,30	1523,00	1655,40	1789,00	1921,40
74 ans	620,80	760,80	901,00	1041,00	1181,10	1322,40	1462,60	1604,00	1744,00	1885,40	2025,50
75 ans	647,70	798,20	945,90	1093,70	1244,10	1391,90	1540,90	1690,00	1837,80	1988,20	2136,00

- un capital "AMÉNAGEMENT" versé dès la reconnaissance d'un état de dépendance PARTIELLE, TOTALE ou LÉGÈRE tel que défini à l'article 5 des conditions générales et sous réserve de l'application du délai d'attente.

Lorsque le souscripteur a opté pour la garantie complémentaire optionnelle, il convient d'additionner le montant de la prime afférente à cette garantie et le montant de la prime afférente aux garanties principales pour obtenir le montant total de la prime due.

Garantie principale : tarif total par âge et par montant mensuel de la rente GIR 12												Option
1 400 Euros	1 500 Euros	1 600 Euros	1 700 Euros	1 800 Euros	1 900 Euros	2 000 Euros	2 100 Euros	2 200 Euros	2 300 Euros	2 400 Euros	2 500 Euros	Capital Aménagement
587,30	620,80	655,50	690,10	724,80	758,30	794,30	827,60	861,10	897,10	930,40	965,20	69,60
610,50	646,50	682,50	718,40	754,40	789,10	826,40	862,40	897,10	933,10	969,00	1005,00	72,00
634,80	673,40	710,70	748,00	785,30	822,50	859,80	897,10	934,30	971,70	1008,90	1046,10	75,60
661,90	701,80	740,30	778,90	817,40	856,00	894,50	934,30	974,20	1012,80	1051,30	1089,90	79,20
690,10	730,00	771,10	811,00	852,10	891,90	933,10	972,90	1012,80	1055,20	1095,00	1136,10	82,80
715,80	758,30	801,90	844,40	885,50	927,90	970,30	1012,80	1056,40	1097,50	1140,00	1182,40	86,40
745,40	789,10	832,80	879,00	922,80	966,50	1011,40	1055,20	1098,80	1142,50	1188,80	1232,50	88,80
775,00	822,50	867,50	915,00	960,00	1007,60	1052,50	1100,20	1145,20	1191,40	1237,70	1283,90	91,20
808,40	854,70	903,50	952,40	1001,10	1048,80	1097,50	1146,40	1193,90	1242,80	1291,60	1337,90	94,80
840,50	891,90	942,10	992,20	1043,60	1093,70	1143,80	1193,90	1245,30	1295,50	1345,60	1397,00	97,20
876,50	929,20	983,20	1035,90	1087,30	1141,30	1193,90	1248,00	1299,40	1352,00	1406,00	1457,40	100,80
916,40	970,30	1025,60	1080,90	1137,40	1192,70	1248,00	1303,20	1358,40	1415,00	1469,00	1524,30	104,40
956,10	1012,80	1070,60	1129,70	1186,30	1245,30	1303,20	1361,00	1418,80	1478,00	1534,50	1593,60	108,00
997,40	1057,70	1118,10	1178,50	1240,20	1301,90	1362,30	1422,70	1483,10	1544,80	1605,20	1665,70	111,60
1042,30	1105,30	1169,50	1232,50	1296,70	1359,80	1424,00	1488,30	1552,50	1615,50	1679,70	1744,00	115,20
1089,90	1156,70	1223,50	1290,30	1357,20	1424,00	1492,20	1559,00	1624,50	1692,60	1759,40	1826,30	120,00
1138,70	1209,40	1280,10	1349,50	1420,10	1490,80	1561,50	1632,20	1701,60	1772,30	1842,90	1913,60	124,80
1192,70	1265,90	1340,50	1415,00	1488,30	1562,80	1634,80	1709,30	1783,90	1857,10	1931,70	2004,90	129,60
1249,20	1327,60	1404,70	1481,90	1560,20	1638,60	1715,70	1794,20	1871,30	1948,40	2028,10	2105,20	134,40
1308,40	1390,60	1472,90	1553,80	1636,10	1717,10	1799,30	1881,50	1962,50	2046,00	2127,00	2209,20	139,20
1373,80	1461,30	1547,30	1633,50	1719,60	1804,40	1890,60	1977,90	2064,10	2150,20	2236,20	2322,30	145,20
1442,00	1533,30	1623,20	1713,20	1804,40	1895,70	1985,60	2076,90	2168,10	2258,10	2349,40	2440,60	151,20
1515,20	1609,10	1705,40	1801,80	1897,00	1993,40	2088,50	2183,50	2279,90	2375,10	2471,50	2566,50	157,20
1589,80	1691,40	1791,50	1893,10	1993,40	2094,90	2196,40	2296,60	2398,20	2498,40	2598,70	2700,20	164,40
1673,30	1778,70	1885,40	1990,70	2098,80	2205,40	2310,80	2417,50	2524,10	2630,80	2737,50	2842,80	170,40
1758,20	1871,30	1983,10	2096,20	2208,00	2319,80	2432,90	2546,00	2657,80	2769,60	2882,70	2995,80	178,80
1850,70	1970,20	2088,50	2208,00	2326,20	2445,80	2564,00	2682,20	2801,70	2920,00	3039,50	3157,70	186,00
1948,40	2074,30	2200,20	2324,90	2450,90	2575,50	2702,80	2828,80	2953,40	3079,40	3204,00	3330,00	195,60
2053,80	2187,40	2318,50	2452,20	2584,60	2718,20	2850,60	2984,20	3116,60	3250,20	3382,60	3516,30	204,00
2165,60	2305,60	2447,00	2587,10	2728,50	2868,50	3009,90	3150,10	3290,10	3430,20	3571,50	3711,70	213,60
2285,10	2434,10	2581,90	2731,10	2880,20	3029,20	3178,30	3326,10	3475,10	3624,30	3773,40	3921,20	224,40

CNP Assurances - Société Anonyme au capital de de 686 618 477 euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des assurances
Siège Social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - 341 737 062 RCS Paris

FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Société Anonyme au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré
Siège social : 108 bureaux de la Colline - 92213 Saint-Cloud Cedex - SIREN 433 012 689 Nanterre
Entreprise régie par le Code des assurances