

THALES

Garantie dépendance

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance individuelle

« Conjoint, partenaire pacsé, concubin »

SOMMAIRE

LEXIQUE	4
TITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES	6
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	6
ARTICLE 2 – DÉFINITION DE L'ASSURÉ AU SENS DU PRÉSENT CONTRAT	6
ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT	6
ARTICLE 4 – RÉSILIATION ANNUELLE DE VOTRE CONTRAT	6
ARTICLE 5 – DISPOSITIONS DIVERSES	6
TITRE 2 – SOUSCRIPTION	9
ARTICLE 6 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION	9
ARTICLE 7 – FORMALITÉS MÉDICALES	9
ARTICLE 8 – FAUSSE DÉCLARATION	9
ARTICLE 9 – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE	9
ARTICLE 10 – CESSATION DE LA GARANTIE	9
ARTICLE 11 – FACULTÉ DE RENONCIATION	10
ARTICLE 12 – FACULTÉ DE DÉNONCIATION	10
TITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE DÉPENDANCE	11
ARTICLE 13 – DÉFINITION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE	11
ARTICLE 14 – FORMALITÉS À ACCOMPLIR	11
ARTICLE 15 – EVALUATION ET RECONNAISSANCE DE VOTRE ÉTAT DE DÉPENDANCE	11
ARTICLE 16 – CONTRÔLE MÉDICAL DE LA PERSISTANCE DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE	12
ARTICLE 17 – EXCLUSIONS	12
TITRE 4 – PRESTATIONS	13
ARTICLE 18 – MONTANT DE LA GARANTIE	13
ARTICLE 19 – PRESTATION VERSÉE SOUS FORME DE RENTE OU SOUS FORME DE CAPITAL	13
ARTICLE 20 – REVALORISATION DE LA RENTE EN COURS DE SERVICE	13
ARTICLE 21 – CESSATION DE LA RENTE	13
TITRE 5 – COTISATIONS	14
ARTICLE 22 – MONTANT DES COTISATIONS	14
ARTICLE 23 – RÉVISION DES COTISATIONS	14
ARTICLE 24 – PAIEMENT DES COTISATIONS	14
ARTICLE 25 – EXONÉRATION DES COTISATIONS	14
ARTICLE 26 – DÉFAUT DE PAIEMENT	14

LEXIQUE

Dans le présent contrat, les termes suivants sont utilisés.

Sauf disposition spécifique prévue à chaque garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'évènement considéré :

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de votre part provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure. Ne sont pas considérées comme des accidents mais comme des maladies les affections organiques, connues ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle.

Assistance d'une tierce personne

L'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide- ménagère, comme les courses ou le ménage.

Assureur

L'Institution de prévoyance Malakoff Humanis Prévoyance (SIREN 775 691 181), régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale (branche 1 : Accident ; branche 2 : Maladie), dont le siège social est sis au 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 09, qui garantit le risque souscrit. Il sera désigné par nous.

Assuré

La personne physique répondant aux conditions d'adhésion, admis à l'assurance, sur qui repose le risque. Il s'agit du conjoint, répondant à la définition ci-après :

- du salarié bénéficiaire de la garantie dépendance au titre du contrat collectif obligatoire souscrit par le groupe THALES auprès de Malakoff Humanis Prévoyance ;
- ou de l'ancien salarié du groupe THALES bénéficiaire de la garantie dépendance au titre du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Thales des Retraités du Régime Dépendance.

Il sera désigné par vous.

Calcul de l'âge

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et selon le cas, celle de l'adhésion.

Conjoint

Par conjoint, nous entendons :

- L'époux ou l'épouse non séparé de corps judiciairement.
- Ou à défaut, la personne liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code Civil).
- Ou à défaut, la personne vivant en concubinage, sous réserve:
 - d'être libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés,
 - de ne pas avoir conclu de PACS

Le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple.

État consolidé

Les facultés fonctionnelles et cognitives sont jugées, en l'état actuel des connaissances médicales, permanentes et irréversibles sans possibilité d'amélioration significative.

Groupe Iso-Ressources (GIR)

La présent contrat fait référence à trois GIR, classés par ordre décroissant, issus de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (Aggir).

Médecin conseil de l'assureur

Le médecin conseil de l'assureur est le médecin chargé d'évaluer l'état de santé de la personne à la demande de l'organisme d'assurance. Comme tout médecin, il est soumis au code de déontologie médicale et au secret professionnel.

Questionnaire de santé

Questionnaire complémentaire à la demande d'adhésion rempli de bonne foi par la personne à assurer, faisant apparaître tout accident ou maladie à la date de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion. Le questionnaire de santé dénommé dans le contrat Questionnaire de santé complet est adressé sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur. Il sert de base à l'évaluation du risque.

Rente

Prestation garantie qui vous est versée périodiquement, tant que votre état de dépendance est reconnu et au plus tard jusqu'à votre décès dans les conditions mentionnées au contrat.

Test cognitif MMS de Folstein

Test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne.

Pour l'appréciation de votre état de dépendance, un test différent peut être admis, mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein.

TITRE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est **un contrat d'assurance individuelle** souscrit par l'assuré, défini ci-après, auprès de Malakoff Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale (branche 1 : Accident ; branche 2 : Maladie).

Il a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles nous vous accordons une garantie en cas de dépendance totale ou partielle.

Votre contrat se compose de deux parties indissociables :

- **les conditions générales** définissant les obligations de chacun ainsi que l'ensemble des garanties que nous vous proposons,
- **le certificat d'adhésion** précisant la garantie que l'assuré a effectivement souscrite, la date d'effet du contrat, ainsi que le montant des cotisations. Il complète les conditions générales.

Votre contrat peut être complété d'avenants susceptibles de venir modifier ultérieurement les dispositions souscrites.

ARTICLE 2 – DÉFINITION DE L'ASSURÉ AU SENS DU PRÉSENT CONTRAT

L'assuré est la personne physique répondant aux conditions d'adhésion, admis à l'assurance, sur qui repose le risque objet du présent contrat. Il s'agit du conjoint tel que défini au Lexique du présent contrat:

- **du salarié bénéficiaire de la garantie dépendance au titre du contrat collectif obligatoire souscrit par le groupe THALES auprès de Malakoff Humanis Prévoyance;**
- **ou de l'ancien salarié du groupe THALES bénéficiaire de la garantie dépendance au titre du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Thales des Retraités du Régime Dépendance.**

Il sera désigné par vous.

ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Votre contrat prend effet à la date indiquée à votre certificat d'adhésion et dans les conditions prévues à l'article 9 des présentes conditions générales, dès lors que la souscription a été formellement acceptée par nos soins et que la première cotisation a été acquittée.

Il expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation du contrat.

ARTICLE 4 – RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Si le contrat est à adhésion facultative, l'assuré peut dénoncer son affiliation (et par conséquent celle de l'ensemble de ses ayants droit), selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de résiliation du contrat :

- dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information ou de la notice additive établie en cas de modification apportée à leurs droits et obligations,
- au plus tard le 31 octobre de la première année d'affiliation (effet au 31 décembre minuit),
- à tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat (effet un mois de date à date à compter de la réception).

Lorsque le contrat est résilié, le souscripteur, ou le cas échéant dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative l'assuré, ne sont redevables que de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert. Cette période est calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Si une fraction de cotisation s'avère avoir été payée d'avance, celle-ci est alors remboursée.

Lorsque l'assuré a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Nous ne pouvons résilier le présent contrat qu'en cas de fausse déclaration intentionnelle faite à la souscription telle que prévue à l'article « Fausse déclaration » ou de non-paiement de cotisations sous réserve des conditions définies à l'article « Recouvrement des cotisations ».

La résiliation du présent contrat individuel « Dépendance » par l'une des parties entraîne automatiquement la résiliation du contrat individuel d'assistance à la même date.

ARTICLE 5 – DISPOSITIONS DIVERSES

5.1 INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré est informé par la notice d'information qu'en notre qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Nous avons désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ou d'autres sociétés de notre groupe auquel elles appartiennent ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus que nous ou nos partenaires vous proposons ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de votre non ré-identification ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Nous nous engageons à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de Sécurité sociale ») de l'assuré et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'assuré et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Nous nous engageons à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si vos données à caractère personnel venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la commission européenne : nous nous assurerions que le tiers se soit engagé par contrat, via les clauses

contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, de nos obligations légales et des prescriptions légales applicables.

Nous et nos partenaires nous engageons, (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit d'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/> agir ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

5.2 ORGANISME DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

Malakoff Humanis Prévoyance est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ACPR 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

5.3 RECLAMATIONS - MEDIATION

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, vous, les assurés pouvez contacter dans un premier temps votre conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

- pour les assurés : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, vous, l'assuré pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, vous adresser au médiateur de la protection sociale (Centre Technique des Institutions de Prévoyance - CTIP) à l'adresse suivante : M. le Médiateur de la protection sociale (CTIP) - 10 rue Cambacérès - 75008 Paris ou par voie électronique : <https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

5.4 PRESCRIPTION

Le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque vous intentez une action en justice à notre encontre et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à votre encontre ou a été indemnisé par vos soins.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre le quel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un

envoi commandé électronique avec demande d'avis de réception soit que nous vous adressons en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que l'assuré nous adresse en ce qui concerne le règlement de la prestation.

5.5 DÉCHÉANCE DE GARANTIE AU SINISTRE

Vous êtes déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- **si vous faites volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **si vous fournissez ou utilisez sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Vous vous exposez également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

TITRE 2 – SOUSCRIPTION

ARTICLE 6 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

En tant qu'assuré tel que défini à l'article 2, vous pouvez souscrire le présent contrat, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- être âgé d'au plus 75 ans,
- nous en faire la demande, en remplissant une demande de souscription,
- vous soumettre aux formalités médicales dans les conditions visées ci-après,
- procéder au paiement des cotisations correspondantes.

ARTICLE 7 – FORMALITÉS MÉDICALES

Vous devez vous soumettre aux formalités médicales demandées, et ainsi remplir et signer un « questionnaire médical » devant obligatoirement être joint à la demande de souscription.

Toutefois, une sélection médicale « allégée » est pratiquée par nos soins sous forme d'une « déclaration d'état de santé », **sous réserve que vous remplissiez les conditions cumulatives suivantes :**

- être âgé d'au plus 65 ans,
- faire votre demande de souscription au présent contrat dans les 6 mois suivants :
 - la date d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre conjoint salarié du groupe Thales ou la date d'adhésion de votre conjoint ancien salarié du groupe Thales au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Thales des Retraités du Régime dépendance,
 - ou la date de votre mariage, PACS ou reconnaissance de votre concubinage.
- ne pas être en arrêt maladie ni en état d'invalidité 2^e et 3^e catégorie classée par la Sécurité sociale au jour de la souscription du contrat.

Lorsque les conditions de la « déclaration d'état de santé » ne sont pas remplies, vous devez remplir un « questionnaire médical ».

Le « questionnaire médical » ou la « déclaration d'état de santé » doit être retourné(e) sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin-conseil.

ARTICLE 8 – FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser notre appréciation entraînera la nullité de votre contrat conformément à l'article L932-16 du Code de la sécurité sociale.

Nous devons justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration.

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part sans que soit établie votre mauvaise foi entraîne l'application des sanctions prévues à l'article L932-17 du Code de la sécurité sociale.

En conséquence:

- si elle est constatée avant toute réalisation du risque, nous avons le droit soit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par vous, soit de résilier la souscription 10 jours après notification adressée à votre attention par lettre recommandée, en restituant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus ;
- dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, les prestations garanties sont réduites en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux de cotisations qui auraient été dues,

si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 9 – PRISE D’EFFET DE LA GARANTIE

La garantie vous est acquise à compter de la date figurant à votre certificat d’adhésion dès lors que la souscription a été formellement acceptée par nos soins et sous réserve que la première cotisation ait été acquittée.

ARTICLE 10 – CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse :

- à la date d’effet de la résiliation de votre contrat,
- en cas de non-paiement des cotisations (conformément à l’article « Recouvrement des cotisations »),
- en cas de dénonciation du contrat faisant suite à une modification du contrat ou une augmentation de cotisations (conformément à l’article « Faculté de dénonciation en cas de modifications du contrat »),
- à la date de votre décès.

ARTICLE 11 – FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous (ou votre représentant légal) pouvez renoncer à votre contrat dans un délai de 30 jours à compter du moment où vous êtes informé que le contrat a pris effet. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec demande d’avis de réception, envoyée à notre attention, Malakoff Humanis Prévoyance – 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 09, suivant le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) (nom - prénom - adresse) déclare renoncer à mon contrat (Nom du contrat) N° ayant pris effet le , et entend recevoir, dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de mon courrier par vos services, l’intégralité des cotisations déjà versées, soit.....

Fait à....., le..... Signature ».

Les cotisations vous sont alors intégralement remboursées dans les 30 jours qui suivent la réception de la lettre.

En outre, la garantie prévue au présent contrat cesse de s’appliquer à compter de la date de réception par nos soins de votre renonciation.

ARTICLE 12 – FACULTÉ DE DÉNONCIATION

En cas de modification(s) apportée(s) à vos droits et obligations, vous (ou votre représentant légal) avez la possibilité de dénoncer le contrat par lettre recommandée, ou envoi recommandé électronique, avec demande d’avis de réception adressée à notre attention dans un délai d’un mois suivant l’acceptation des modifications du contrat.

TITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE DÉPENDANCE

Cette garantie a pour objet de vous assurer le service d'une rente viagère ou d'un capital, vous aidant à pallier les conséquences financières liées à votre état de dépendance totale ou partielle.

ARTICLE 13 – DÉFINITION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

L'état de dépendance totale vous est reconnu lorsque votre état de santé est consolidé sans possibilité d'amélioration et que nous le classons dans les groupes iso-ressources 1, 2 ou 3 de la grille définis ci-dessous. Il est précisé que ces définitions sont celles en vigueur à la date d'effet du contrat et seront revues si cette grille venait à être modifiée.

Par assimilation, vous êtes reconnu en état de dépendance totale, lorsque vous répondez aux critères de l'invalidité 3^e catégorie de la Sécurité sociale, c'est-à-dire si vous êtes :

- médicalement reconnu comme totalement incapable de vous livrer à la moindre activité ou occupation de façon irréversible ;
- dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ;
- et bénéficiez de ce fait de l'allocation tierce personne correspondante de la Sécurité sociale.

1. GIR 1

Ce groupe correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

2. GIR 2

Ce groupe correspond à :

- une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- ou une personne âgée dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer.

3. GIR 3

Ce groupe correspond aux personnes âgées 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'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

ARTICLE 14 – FORMALITÉS À ACCOMPLIR

En cas de dépendance, il vous appartient (ou à votre représentant légal) de nous informer et de nous apporter les pièces justificatives de votre état de santé.

Notre médecin conseil qualifiera votre état de dépendance dans les groupes iso-ressources 1, 2 ou 3 de la grille Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources (Aggir), à réception du dossier de demande d'ouverture des prestations, au regard des pièces justificatives suivantes, qui doivent être adressées sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin conseil ou via la plateforme dédiée sécurisée :

- un certificat du médecin de votre choix exerçant son activité en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre-Mer, rédigé en langue française, attestant que votre état de dépendance correspond médicalement à la classification en GIR 1, 2 et 3 et précisant la date de survenance, et l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection, ou des affections,
- en cas de dépendance de type neuropsychiatrique ou neuro-dégénérative, l'état de santé doit être constaté médicalement à l'aide du test « Mini Mental State Examination » de Folstein.
- un questionnaire médical à faire compléter par le médecin de votre choix
- une copie d'éventuels protocoles ou rapports médicaux,
- le cas échéant, toute autre pièce jugée utile à l'instruction de votre demande.

ARTICLE 15 – EVALUATION ET RECONNAISSANCE DE VOTRE ÉTAT DE DÉPENDANCE

Notre médecin conseil apprécie, et le cas échéant, reconnaît et classe, votre état de dépendance sur les bases des justificatifs fournis.

Dans le cas où vous (ou votre représentant légal) ainsi que votre médecin seraient en désaccord avec la décision de notre médecin-conseil, il sera procédé à la désignation d'un médecin expert ayant pour mission de départager les parties. Ce médecin sera choisi sur la liste des experts auprès des tribunaux parmi les spécialistes en gérontologie.

À défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance de votre domicile qui statuera à la requête de la partie la plus diligente.

Les honoraires et frais relatifs à l'intervention de cet expert seront supportés à charges égales par les deux parties.

Un dossier refusé initialement pourra être à nouveau examiné par notre médecin conseil à condition que :

- un délai de trois mois minimum se soit écoulé depuis la dernière étude,
- de nouvelles pièces justificatives actualisées et comportant des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de votre état de santé soient produites.

ARTICLE 16 – CONTRÔLE MÉDICAL DE LA PERSISTANCE DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

Sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption du paiement des prestations en cours de service en votre faveur, nous nous réservons le droit de vous demander à tout moment :

- toute justification qui nous paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui nous sont faites,
- de vous soumettre à un examen médical ayant pour objet d'apprécier et de contrôler votre état de santé, les avis médicaux et pièces justificatives que vous aurez transmis et ce, indépendamment des décisions prises par quelque organisme que ce soit.

Lors de l'examen médical, vous avez la faculté de vous faire assister par tout médecin de votre choix. A l'issue de cet examen et en cas de désaccord entre votre médecin et le nôtre sur l'appréciation de votre état de santé, les parties et nos médecins délégués pourront choisir un tiers expert départiteur, dans le cadre d'un protocole signé mutuellement.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation sera faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les frais et le règlement des honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.

En tout état de cause, un justificatif rempli votre médecin et signé conjointement par votre médecin et vous-même (ou votre représentant légal), prouvant que vous êtes toujours en vie et en état de dépendance, doit nous être adressé tous les ans.

Nous devons être avisé de votre décès dans les 15 jours suivant sa survenance. En cas de déclaration tardive de votre décès, nous nous réservons la possibilité de réclamer le remboursement des prestations indûment versées.

Si vous ne répondez plus aux critères de reconnaissance de l'état de dépendance, la rente est suspendue. Le service de la rente peut reprendre au jour où l'état de dépendance est à nouveau reconnu.

ARTICLE 17 – EXCLUSIONS

Nous n'intervenons pas si l'état de dépendance résulte :

- de faits volontairement provoqués par l'assuré,
- de conséquences directes ou indirectes du fait de guerres civiles ou étrangères,
- d'un attentat, d'un acte de terrorisme ou de sabotage, de crimes et de délits, auquel l'assuré a pris une part active,
- de la participation active de l'assuré à des émeutes, des rixes, étant entendu que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atome,
- d'une altération de l'état de santé liée à l'alcool, reconnue médicalement,
- d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse alors que l'assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route,
- de l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à dose non prescrite par une autorité médicale,
- d'un accident de navigation aérienne sauf si l'assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmé, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire,
- des pratiques d'ULM, de deltaplane, de parapente, de parachutisme, de sauts à l'élastique, et toutes autres formes de vol libre,
- de la participation à des concours ou essais, courses, matches, compétitions sportives, lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vol aérien,

- des activités professionnelles sous-marine,
- de la fabrication et de la manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices.

TITRE 4 – PRESTATIONS

ARTICLE 18 – MONTANT DE LA GARANTIE

Notre reconnaissance de votre état de dépendance vous donne droit à la perception d'une rente mensuelle via gère en cas de classement de l'état de dépendance en GIR 1 ou 2 ou d'un capital en cas de classement de l'état de dépendance en GIR 3.

La reconnaissance de votre état de dépendance et son classement en GIR 1 ou 2 (tels que définis selon la grille Aggir (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources), vous donne droit à la perception d'une rente mensuelle viagère dont le montant varie en fonction de la classification de votre état dépendance précitée.

Lorsque votre état de dépendance est reconnu et classé en GIR 3, un capital vous est versé. Le montant de la rente mensuelle ou du capital est précisé ci-dessous :

GIR 1	GIR 2	GIR 3
Rente : 500 euros	Rente : 450 euros	Capital : 1 500 euros

Votre certificat d'adhésion mentionne la nature et le montant de la prestation qui vous est versée.

ARTICLE 19 – PRESTATION VERSÉE SOUS FORME DE RENTE OU SOUS FORME DE CAPITAL

Notre reconnaissance de l'état de dépendance donne droit à la perception par l'assuré de la garantie en fonction de l'état de dépendance reconnu.

Lors de chaque demande de prestation faite par l'assuré, vous attestez que celui-ci appartient à la catégorie assurée telle que définie au contrat à la date de survenance du sinistre et tenez les états correspondants à notre disposition.

19.1 VERSEMENT DU CAPITAL

Le capital est versé à réception de la déclaration d'état de dépendance (document fourni par Malakoff Humanis) si celle-ci nous parvient au plus tard dans les 30 jours.

19.2 VERSEMENT DE LA RENTE

La rente est versée à compter de la date de la déclaration d'état de dépendance (document fourni par Malakoff Humanis) si celle-ci nous parvient au plus tard dans les 30 jours.

La rente est servie mensuellement à terme échu tant que l'état de dépendance perdure et ce jusqu'à la fin du mois civil du décès de l'assuré.

Si l'assuré ne répond plus aux critères de reconnaissance de la dépendance, la rente est suspendue pour reprendre sans délai le jour où l'état de dépendance est à nouveau reconnu.

Pendant le versement de la rente, l'assuré ou son représentant légal est tenu de nous informer sur l'évolution de son état de santé.

ARTICLE 20 – REVALORISATION DE LA RENTE EN COURS DE SERVICE

Nous pouvons décider de revaloriser le montant des garanties, au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction des perspectives de résultats de votre contrat, dans la limite de l'évolution de la valeur du point de retraite AGIRC-ARRCO et dans la limite du fonds de revalorisation.

ARTICLE 21 – CESSATION DE LA RENTE

Le versement de la rente cesse au dernier jour du mois civil au cours duquel vous :

- avez refusé le contrôle prévu si celui-ci est nécessaire,
- n'êtes plus reconnu en état de dépendance suite à ce contrôle,
- décédez.

TITRE 5 – COTISATIONS

ARTICLE 22 – MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont déterminées en fonction de votre âge lors de votre demande de souscription, lequel est obtenu par différence de millésime entre l'année de demande de souscription au présent contrat et votre année de naissance.

Les cotisations mensuelles, intégralement à votre charge, que vous nous versez sont exprimées en euros et sont mentionnées sur votre certificat d'adhésion.

ARTICLE 23 – RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables par nos soins au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, en fonction notamment d'évolutions des données générales relatives au risque de dépendance qui seraient susceptibles de déséquilibrer les résultats techniques ou lorsqu'une décision législative, réglementaire ou fiscale a pour conséquence de modifier ces engagements.

Le nouveau montant des cotisations s'applique à la date de renouvellement du contrat.

Si vous n'acceptez pas la majoration des cotisations, il vous sera possible de maintenir les cotisations au niveau antérieur. Le montant des garanties subira alors une diminution proportionnelle.

Vous conservez la possibilité de dénoncer votre contrat dans le mois qui suit l'acceptation de la modification en cas d'augmentation des cotisations ou de diminution des garanties conformément à l'article « *Faculté de dénonciation en cas de modifications du contrat* ».

ARTICLE 24 – PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation mentionnée au certificat d'adhésion est payable par l'assuré, mensuellement ou trimestriellement d'avance dans les quinze premiers jours de chaque mois civil, par prélèvement sur son compte.

Votre certificat d'adhésion mentionne la périodicité de vos prélèvements.

En cas d'affiliation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant.

En cas de radiation d'un assuré en cours de mois, les cotisations correspondantes sont dues pour le mois civil en cours.

L'assuré est le seul responsable du paiement des cotisations. A ce titre, il nous remet un relevé d'identité bancaire et un mandat de prélèvement SEPA.

ARTICLE 25 – EXONÉRATION DES COTISATIONS

En cas de survenance d'un état de dépendance indemnisé tel que garanti au contrat, vous êtes exonéré du paiement des cotisations à compter du 1^{er} jour de l'échéance suivant la date d'effet des prestations.

Lorsque vous cessez de relever d'un état dépendance indemnisable au titre du contrat, les cotisations sont à nouveau dues.

ARTICLE 26 – DÉFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure de paiement chiffrée est adressée à l'assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Si le paiement n'est pas intervenu :

- les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure,
- l'assuré est radié dix jours après la date d'effet de la suspension.

Les cotisations antérieures à la date de résiliation restent dues. Nous avons la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

La radiation de l'assuré pour défaut de paiement est définitive.



MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES, société anonyme régie par le Code des assurances au capital de 23 565 660 € entièrement libéré, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le siège social est en France, à Paris (75009), 21 rue Laffitte.