

NOTICE D'INFORMATION

RELATIVE AU CONTRAT N° 3 980 99999 (contrat « relais viager »)

Souscrit par

- LE CONSEIL SUPERIEUR DU NOTARIAT

et

- Les organisations syndicales des salariés suivantes :

- La Fédération des Services C.F.D.T.,
- Le Syndicat National des Cadres et Techniciens du notariat, affilié à la C.F.E. – C.G.C.,
 - La Fédération Nationale des Personnels des Sociétés d'Etudes C.G.T.,
- La Fédération Générale des Clercs et Employés de Notaire, affiliée à la c.g.t. – F.O.

auprès

d'AXA France Vie

Cette notice présente les garanties en vigueur à la date du PREMIER JANVIER DEUX MILLE DIX SEPT pour le personnel remplissant les conditions d'admission à l'assurance.

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
Chapitre 1 CONDITIONS GENERALES	4
Article 1 - OBJET DU CONTRAT	4
Article 2 - EFFET ET DURÉE DU CONTRAT.....	4
Article 3 - CATEGORIE ASSUREE.....	4
Article 4 - ADMISSION À L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE	4
Article 5 - MONTANT DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE	5
Article 6 - VALEUR DE REDUCTION	6
Article 7 - EXCLUSIONS.....	6
Article 8 - RECLAMATION	7
Article 9 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ..	7
Article 10 - PRESCRIPTION	7
Chapitre 2 GARANTIE D'ASSURANCE DEPENDANCE	8
Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE	8
Article 2 - DEFINITIONS GENERALES CARACTERISANT LA DEPENDANCE	8
Article 3 - DEFINITION DE L'ETAT DE DEPENDANCE	9
Article 4 - RECONNAISSANCE DE L'ETAT DE DEPENDANCE	9
Article 5 - CONTROLE MEDICAL	10
Article 6 - MONTANT DE LA GARANTIE – PRISE D'EFFET, VERSEMENT ET CESSATION DES PRESTATIONS.....	11

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09).

Fait à PARIS, le 15 juin 2017.

PREAMBULE

Dans ce contrat, les termes suivants sont utilisés :

- **les contractants** sont le Conseil supérieur du notariat et les organisations syndicales signataires du présent contrat,
- **l'assureur** est la société d'assurance qui garantit les risques souscrits,
- **l'assuré** est le bénéficiaire de la garantie, en tant qu'ancien salarié précédemment assuré au titre du contrat obligatoire N° 3980.

Chapitre 1

CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de permettre, après rupture du contrat de travail, la poursuite de la couverture pour le risque dépendance dont l'assuré a bénéficié en tant que salarié pendant son activité, dans le cadre du contrat obligatoire N° 3 980.

Article 2 - EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le contrat prend effet le **PREMIER JANVIER DEUX MIL DIX**.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au trente et un décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties contractantes, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins quatre mois avant la date de renouvellement en ce qui concerne l'assureur et deux mois avant la date de renouvellement en ce qui concerne les contractants. Le cachet de la poste faisant foi, la résiliation interviendra le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation. En cas de résiliation du contrat, les dispositions de l'article 4 s'appliquent.

Article 3 - CATEGORIE ASSUREE

Peuvent adhérer au présent contrat, les personnes assurées au titre du contrat obligatoire N° 3980 et remplissant les conditions d'admission exposées à l'article 4 ci-après.

Article 4 - ADMISSION À L'ASSURANCE, CESSATION DE L'ASSURANCE

4.1. Admission à l'assurance

Pour adhérer au présent contrat, le postulant doit avoir cessé de bénéficier du contrat dépendance obligatoire n° 3980 depuis moins de quatre-vingt-dix jours.

Une demande d'adhésion est à remplir et à transmettre à l'assureur, accompagnée d'un justificatif de la date de rupture du contrat de travail. Un récapitulatif des périodes de cotisation au contrat obligatoire pourra être demandé de manière à accélérer la détermination du montant de la cotisation individuelle se rapportant à la poursuite des garanties.

4.2. Effet de l'adhésion et de la garantie

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur le certificat d'adhésion.

La date d'admission et de prise d'effet de la garantie est fixée au lendemain de la cessation de la garantie dont l'assuré bénéficiait au titre du contrat obligatoire.

Une renonciation à l'adhésion est possible dans le mois suivant la date d'envoi par l'assureur du certificat d'adhésion, par envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée par exemple selon le modèle suivant :

Je soussigné M. (Mme), Nom, Prénom demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon contrat Dépendance N° 3 980 99999 Adhésion N° XXX pour lequel j'ai effectué un premier versement de cotisation depuis moins de 30 jours.

Fait à (Ville) le JJ/MM/AAAA. Signature.

La renonciation entraîne :

- l'annulation de la garantie,
- la restitution de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée relative à la renonciation de la garantie.

4.3. Durée de l'adhésion et cessation de la garantie

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, et tant que les cotisations arrivant à échéance sont payées.

L'adhésion peut être résiliée chaque année, à la date anniversaire de sa prise d'effet. Pour cela, l'assuré doit adresser une lettre de résiliation à l'assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins 30 jours avant cette date.

Conformément aux dispositions de l'article L141-3 du Code des Assurances, l'adhésion est résiliée par l'assureur en cas de cessation du paiement des cotisations.

La résiliation de l'adhésion met fin à la garantie si la durée de cotisation est de moins de huit années pleines, en additionnant la durée de cotisation au contrat à adhésion obligatoire et la durée de cotisation au présent contrat. Dans le cas contraire, la rente garantie est mise en réduction selon les dispositions de l'Article 7 - VALEUR DE REDUCTION.

En tout état de cause la garantie cesse à la date du décès de l'assuré, les cotisations payées antérieurement au décès restant acquises à l'assureur.

Article 5 - MONTANT DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE

Le montant de la rente calculé à la date d'admission à l'assurance facultative est déterminé par différence entre :

- le montant de la rente garantie au titre du contrat n° 3980 à la date de la cessation de l'assurance obligatoire,
- le montant des droits viagers potentiellement acquis après mise en réduction de la rente garantie au titre de ce contrat obligatoire.

En cas de discontinuité de paiement de cotisation pendant la période d'activité, le nombre d'années pleines est reconstitué en prenant en compte le nombre de mois pleins de cotisations, divisé par douze.

Le montant de la rente garantie est revalorisé dans les mêmes proportions que la rente garantie au titre du contrat n° 3980, pour tous les assurés à jour de cotisation.

Article 6 - VALEUR DE REDUCTION

Si la cotisation a été payée jusqu'à l'échéance de la résiliation de l'adhésion pendant une durée d'au moins huit années pleines, calculée en additionnant les durées de cotisation au contrat obligatoire et au présent contrat, l'assuré bénéficie du maintien partiel de sa garantie par mise en réduction de la rente garantie.

La mise en réduction s'effectue selon le barème en vigueur à la date de la prise d'effet de la résiliation. Les coefficients de réduction, établis notamment en fonction du nombre cumulé d'années pleines de cotisation au présent contrat et au contrat n°3980 s'appliquent au montant de la rente garantie selon les dispositions de l'article 5.

Article 7 - EXCLUSIONS

L'assureur couvre les risques de **DEPENDANCE** à l'exclusion de ceux résultant :

- d'une tentative de suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance. Si l'assuré était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé si le cumul de la période d'assurance du contrat antérieur et de celui-ci est supérieur à un an,
- de guerres civiles ou étrangères, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'assuré à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis.

De plus, l'assureur couvre le risque de **DEPENDANCE** consécutif à un accident, dans les conditions prévues au paragraphe précédent, à l'exclusion des accidents résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré,
- de la pratique par l'assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- de la pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il appartiendra à l'assureur de prouver que ces règles ont été violées,
- de la participation par l'assuré à tout sport et/ou compétition à titre professionnel,
- de la navigation aérienne de l'assuré :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée,
 - avec l'utilisation d'un parachute, d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (u.l.m.) ou de tout engin assimilé,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
- des conséquences directes ou indirectes d'une transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité.

Article 8 - RECLAMATION

Toute réclamation doit être adressée en priorité à l'interlocuteur habituel.

En cas de litige, il convient de s'adresser à la Direction Relations Clientèle d'AXA Solutions Collectives (TSA 46 307 – 95 901 CERGY PONTOISE cedex 9).

Si un désaccord subsiste, ledit service indiquera les modalités de recours gratuit au médiateur en écrivant à l'adresse suivante – La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>. Personnalité indépendante des assureurs, le médiateur s'engage à formuler un avis motivé dans les soixante jours qui suivent la date à laquelle il a été saisi du dossier ; son avis n'engage pas les parties qui, chacune, conservent le droit de recourir aux juridictions compétentes.

Article 9 - LEGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations concernant les assurés détenues par AXA France Vie, pourront être communiquées aux réassureurs concernés, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la gestion et l'exécution du présent contrat. En retour, les assurés ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation relative précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le Service Information Clients d'AXA France Vie (313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex).

Article 10 - PRESCRIPTION

Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de **deux ans**, à compter de l'événement qui y donne naissance (articles L 114-1 et L 114-2 du code des assurances). Ce point de départ peut être modifié dans le cas où l'assuré :

- prouve qu'il a eu connaissance du sinistre à une date ultérieure,
- ou a fait une déclaration fautive, inexacte ou incomplète,
- ou l'action de l'assuré a pour cause le recours d'un tiers à son encontre.

La prescription peut être interrompue :

- par une citation en justice, un commandement ou une saisie,
- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- par l'envoi d'une lettre recommandée concernant le défaut de paiement de la cotisation ou le règlement de la prestation.

Chapitre 2

GARANTIE D'ASSURANCE DEPENDANCE

Article 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le service d'une rente viagère en cas de dépendance totale de l'assuré.

La garantie est accordée à tout assuré reconnu par l'assureur en état de dépendance totale selon les dispositions des articles 2 et 3 du présent chapitre.

Article 2 - DEFINITIONS GENERALES CARACTERISANT LA DEPENDANCE

Pour caractériser l'état de dépendance, l'assureur fera appel aux notions suivantes :

2.1 - Les groupes GIR de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources)

La grille nationale AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance, déterminant le niveau des aides publiques à la dépendance.

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui conservent leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et, partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.
- Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

2.2 - Les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)

Indépendamment du classement par référence à la grille AGGIR, l'état de dépendance physique est mesuré par la capacité des personnes dépendantes à effectuer seules certains actes de la vie quotidienne. L'assureur se réfère aux quatre Actes de la Vie Quotidienne définis comme suit :

- le déplacement : capacité de se déplacer dans les pièces habituelles et les locaux de service du lieu de vie, après recours aux équipements adaptés,
- l'habillement : capacité à s'habiller et à se déshabiller correctement et complètement,

- l'alimentation : capacité à se servir et à manger de la nourriture préalablement préparée,
- la toilette : capacité à satisfaire, de façon spontanée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.

2.3 - Test « Blessed »

Le test « Blessed » est un outil permettant d'évaluer l'état de dépendance psychique : ce test doit être réalisé par le neurologue ou le psychiatre traitant, par interrogation de la personne dépendante et de son entourage.

2.4 - Les domaines de la prescription médicale

Il s'agit de domaines de prescription médicale permettant d'évaluer le niveau d'un état de dépendance :

- l'assistance constante d'une tierce personne complétant les services de soins à domicile,
- l'hospitalisation en centre de long séjour,
- l'hébergement en section de cure médicale,
- l'hospitalisation en établissement psychiatrique lorsque l'assuré est atteint de démence incurable.

Article 3 - DEFINITION DE L'ETAT DE DEPENDANCE

Est considéré comme étant en état de dépendance totale, l'assuré satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes:

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1 ou 2 de la grille AGGIR,
- justifier d'une prescription médicale dans l'un des domaines définis à l'article 2.4 ci-dessus, et selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 3 des 4 AVQ,
 - dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée, après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed », en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 18, et un score à l'échelle B inférieur à 10. L'évaluation du score est établie par l'assureur.

Cet état doit être consolidé et permanent et être reconnu par le conseil médical des assureurs.

L'état de dépendance partielle avec un classement en GIR 3, 4, 5 ou 6 n'ouvre pas droit aux prestations des assureurs.

A tout moment, l'assureur peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré.

Article 4 - RECONNAISSANCE DE L'ETAT DE DEPENDANCE

La qualification d'un état en dépendance totale, au sens du contrat, fait intervenir la compétence du conseil médical des assureurs, qui statuera à partir d'un dossier de demande que l'assuré ou son aidant aura constitué et envoyé à l'assureur avec notamment les pièces justificatives suivantes :

- certificat médical établi par le médecin traitant attestant que l'état de l'assuré correspond médicalement à la classification en GIR 1 ou 2,
- certificat médical établi par le médecin traitant sur formulaire détaillé fourni par l'assureur,

- en cas de dépendance psychique, test « Blessed » dûment complété par le neurologue ou le psychiatre traitant,
- le cas échéant :
 - notification d'attribution de l'APA,
 - certificat attestant l'hospitalisation en centre de long séjour,
 - certificat attestant l'hébergement en section de cure médicale,
 - certificat attestant l'hospitalisation en établissement psychiatrique, en cas de démence incurable,
 - décomptes et notifications de la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires ou de tout autre organisme de Sécurité sociale si l'assuré est âgé de moins de 60 ans,
 - si l'assuré en était bénéficiaire, tout changement de nature des prestations de la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires ou de tout autre organisme de Sécurité sociale.

Les pièces médicales seront envoyées sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe fournie à cet effet.

Le dossier de demande comportera obligatoirement le rapport médical à compléter par le médecin traitant, décrivant l'état de dépendance de l'assuré. Ce rapport devra avoir été établi moins d'un mois avant la date d'envoi du dossier complet, le cachet de la poste faisant foi. A défaut, l'envoi du dossier ne pourra permettre l'ouverture des droits à prestations.

Le conseil médical des assureurs reconnaît l'état de dépendance sur la base des justificatifs fournis. Il se réserve la possibilité de faire procéder à un contrôle médical pour constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré, selon les conditions décrites à l'article 5 Contrôle médical.

Si après examen du dossier complet, le conseil médical des assureurs reconnaît que l'assuré est dans un état de dépendance garanti selon les conditions du présent contrat, les droits à prestations sont ouverts à compter de la date de signature du rapport médical complété par le médecin traitant.

Article 5 - CONTROLE MEDICAL

A tout moment l'assureur peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation de l'assuré de se soumettre aux contrôles demandés par l'assureur.

L'assuré doit en particulier fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise médicale que le médecin désigné par l'assureur juge utile pour apprécier son état.

Les décisions de l'assureur relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a désigné, sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée.

Si l'assuré conteste les conclusions du médecin désigné par Axa France Vie, il est procédé à une expertise effectuée par un autre médecin, choisi d'un commun accord par l'assureur et l'assuré, à partir de la liste de médecins experts proposés par Axa France Vie. Faute d'entente sur son choix, désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise sont opposables à l'assuré, ainsi qu'à Axa France Vie, sans que l'assuré puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation, le cas échéant, de la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires ou de tout autre organisme de Sécurité sociale ou du Conseil Général (Aide Personnalisée Autonomie).

Axa France Vie et l'assuré supportent chacun la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Article 6 - MONTANT DE LA GARANTIE – PRISE D'EFFET, VERSEMENT ET CESSATION DES PRESTATIONS

6.1 - Montant et révision de la garantie

Le montant de la rente annuelle complète celle garantie au titre du contrat obligatoire n° 3980 comme indiqué à l'article 5 du Chapitre 1, à hauteur d'un montant fixé, à 2040 euros.

Les parties au contrat peuvent décider d'un commun accord de la révision du montant de la garantie. L'assureur fournira les études historiques et prospectives permettant de décider du niveau de cette révision du montant de la garantie, en mettant en évidence son impact et dans l'objectif de préserver l'équilibre des comptes de résultats futurs.

En cas de résiliation du présent contrat, le montant de la garantie calculé compte tenu de l'application du coefficient de réduction est maintenu au niveau atteint à la date de résiliation.

6.2 - Prise d'effet, modalités de paiement de la prestation et cessation

La rente prend effet au 1er jour du mois qui suit l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus écoulé depuis la date d'ouverture du droit à prestations.

Le montant initial de la rente est le montant garanti à la date d'ouverture des droits à prestations.

La rente annuelle est payable par douzième à l'assuré, à terme échu, chaque mois civil.

Pour permettre le maintien du service de la rente, l'assuré doit fournir, au mois de janvier de chaque année, un certificat de vie portant la mention « non décédé ».

La rente cesse d'être due à la date :

- à laquelle les conditions requises pour être reconnu comme étant en état de dépendance totale ne sont plus remplies par l'assuré,
- du décès de l'assuré,

le dernier paiement étant calculé prorata temporis.

6.3 - Revalorisation de la prestation

Les parties au contrat peuvent décider d'un commun accord de la revalorisation éventuelle du montant des rentes en cours de service. Le montant des rentes en cours de service devra à tout moment être supérieur ou égal au montant de la rente garantie.

En cas de résiliation du contrat, les rentes cessent d'être revalorisées. Leur montant sera alors égal au montant atteint à la date de résiliation.