

Assurance Dépendance

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Produit : Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative Prévoyance Fer Dépendance n°9709D

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

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

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative. Prévoyance Fer Dépendance a pour objet de garantir à l'assuré reconnu en état de dépendance le service d'une rente mensuelle viagère forfaitaire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant de la rente varie en fonction du choix de l'assuré parmi les 3 couvertures proposées. Les niveaux de prestations sont détaillés au tableau des garanties de la notice d'information.

Est reconnu en état de dépendance l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans un des états de dépendance tels que définis ci-après par référence aux Groupes Iso-Ressources 1, 2 et 3 de la grille nationale d'évaluation AGGIR en vigueur au jour de la signature du contrat d'assurance entre les parties.

Le groupe GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le groupe GIR 2 correspond aux 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, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.

Le groupe 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.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Dépendance totale (GIR 1 et 2)** : versement d'une rente mensuelle viagère.
- ✓ **Dépendance partielle (GIR 3)** : versement d'une rente mensuelle viagère.

MISE EN REDUCTION DES GARANTIES DEPENDANCE

Après 8 années consécutives de cotisations versées, l'assuré peut demander sous 40 jours une mise en réduction des garanties au prorata des cotisations versées.

MODIFICATION DES GARANTIES

Avant toute survenance d'état de dépendance, l'assuré peut augmenter ou diminuer le montant de sa rente mensuelle dans les conditions suivantes :

AUGMENTATION DU MONTANT DE LA RENTE	DIMINUTION DU MONTANT DE LA RENTE
- Avoir moins de 75 ans - Effectuer la demande avant le 1 ^{er} novembre par lettre recommandée - S'acquitter du complément de cotisation	- Aucune condition d'âge - Effectuer la demande avant la survenance de l'état de dépendance

L'augmentation ou la diminution des garanties prend effet au 1er janvier suivant.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

L'Assureur ne garantit pas :

- ! les conséquences de faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ;
- ! les conséquences de tentative de suicide ;
- ! les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- ! les conséquences de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non homologués.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délai d'attente** : les garanties prennent effet à l'issue d'un délai d'attente durant lequel l'assuré n'est pas couvert contre le risque assuré. Ce délai d'attente est de :
 - 36 mois à compter de la prise d'effet des garanties en cas de dépendance consécutive à une maladie neuropsychique ;
 - 12 mois à compter de la prise d'effet des garanties en cas de dépendance consécutive à une maladie, à l'exception de(s) maladie(s) neuropsychique(s).

Aucun délai d'attente en cas de dépendance résultant d'un accident.

L'accident s'entend comme toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

- ! **Délai de franchise** : aucune prestation n'est due pendant les 90 jours suivant la date de reconnaissance de l'état de dépendance



Où suis-je couvert(e) ?

Pour que les garanties du contrat s'exercent, le lieu de résidence principale de l'assuré doit se trouver en :

- ✓ France métropolitaine
- ✓ ou dans les DOM TOM.



Quelles sont mes obligations ?

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

A l'adhésion au contrat

- Etre membre de l'association souscriptrice
- Remplir avec exactitude tous les documents d'adhésion administratifs et médicaux
- Fournir les documents justificatifs demandés par l'assureur
- Régler la première cotisation

En cours de contrat

- Régler la cotisation prévue au contrat
- Etre membre de l'association souscriptrice

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre
- Fournir les pièces justificatives
- Se soumettre à un éventuel examen médical demandé par l'assureur



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation annuelle est fractionnée en échéances mensuelles, trimestrielles ou semestrielles au choix de l'assuré, payables d'avance, dans les 10 premiers jours qui suivent chaque échéance.

L'Assuré peut payer sa cotisation par prélèvement automatique sur un compte bancaire ouvert à son nom.

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est conclue, sous réserve du paiement de la première cotisation soit :

- au premier jour du mois civil qui suit la signature de la demande d'adhésion, pour le candidat à l'assurance qui a répondu négativement à toutes les questions de la déclaration d'état de santé ;
- au premier jour du mois civil qui suit l'acceptation de l'Assureur, si le candidat à l'assurance a rempli un questionnaire de santé.

Les garanties prennent effet à la date de conclusion de l'adhésion sous réserve des délais d'attente indiqués ci-dessus.

L'adhésion au contrat est conclue pour une période allant de la date mentionnée dans le certificat d'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier.

L'adhésion prend fin :

- en cas de dénonciation de l'adhésion ;
- en cas de résiliation du Contrat n° 9709 D ;
- en cas de dépendance pendant le délai d'attente, l'assureur rembourse alors à l'assuré le montant des cotisations versées ;
- à l'échéance de cotisation qui suit la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré perd la qualité de membre du souscripteur ;
- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- en cas de décès de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- A la date d'échéance annuelle de l'adhésion (31 décembre), en adressant au gestionnaire une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date (soit avant le 31 octobre) ;
- A la suite de modifications portées au contrat, en adressant une lettre recommandée dans les 30 jours suivant la prise de connaissance desdites modifications.

Contrat collectif à adhésion facultative PREVOYANCE FER Dépendance

NOTICE D'INFORMATION A CONSERVER PAR L'ADHÉRENT

**Ce contrat collectif
à adhésion facultative n° 9709 D
est souscrit par PREVOYANCE FER
auprès de CNP Assurances.
Il est régi par le Code des assurances
et soumis à la législation fiscale française.**



L'ADHÉSION

• Quel est l'objet de votre contrat ?

Le présent contrat a pour objet de vous garantir le service d'une rente viagère si vous vous trouvez de façon définitive en état de dépendance tel que défini ci-après.

• Qui peut adhérer au contrat ?

Tous les agents et pensionnés de la SNCF peuvent demander leur adhésion, ainsi que leur conjoint, à condition d'être âgés de moins de 75 ans et d'accomplir les formalités d'adhésion suivantes.

• Quelles sont les formalités d'adhésion ?

Les formalités d'adhésion, obligatoires, sont les suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion en précisant la couverture choisie,
- répondre par "OUI" ou par "NON" aux questions d'une déclaration d'état de santé.
- si vous répondez "NON" à toutes les questions, vous êtes admis dans l'assurance.
- si vous répondez "OUI" à l'une des questions de cette déclaration : compléter et signer un questionnaire de santé. La décision d'accepter ou de refuser le risque est alors prise par l'Assureur, après examen de ce questionnaire de santé, complété éventuellement par des renseignements médicaux ou, si nécessaire, par un examen médical.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part, concernant les réponses à la déclaration d'état de santé ou au questionnaire de santé, entraîne la nullité de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

• Quand vos garanties prennent-elles effet ?

Vos garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la première cotisation :

- au premier jour du mois civil qui suit votre demande d'adhésion, si vous avez répondu négativement à toutes les questions de la déclaration d'état de santé,

- au premier jour du mois civil qui suit l'acceptation de l'Assureur si vous avez rempli un questionnaire de santé.

Cette acceptation vous est notifiée sur le certificat d'adhésion et vous précise la date d'effet des garanties.

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

Toutefois, toute dépendance survenant dans un délai d'attente d'un an à compter de votre date d'adhésion ne donne pas lieu à garantie.

Ce délai est porté à trois ans en cas de dépendance d'origine mentale.

Il est supprimé en cas de dépendance résultant d'un accident.

L'accident s'entend toute action soudaine et imprévisible provenant exclusivement et directement d'une cause extérieure qui a pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré.

En cas de survenance d'une dépendance non prise en charge pendant le délai d'attente, l'adhésion est dénoncée et l'Assureur vous rembourse le montant des cotisations versées.

● Quelle est la durée de vos garanties ?

Vous restez garanti quels que soient votre âge et l'évolution de votre état de santé.

Vos garanties cessent toutefois de produire leurs effets :

- en cas de non-paiement de la cotisation, si la durée de paiement des cotisations a été inférieure à 8 années,
- en cas de dénonciation de votre adhésion notifiée par lettre recommandée deux mois avant le 1er janvier,
- à l'échéance de cotisation qui suit la fin du trimestre civil au cours duquel vous perdez la qualité de membre de PREVOYANCE FER,
- en cas de survenance d'une dépendance non prise en charge pendant le délai d'attente,
- en cas de décès.

● Quels sont les risques exclus ?

L'Assureur ne garantit pas les conséquences :

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

● Quelles sont les modifications possibles ?

Vous pouvez diminuer le montant de votre garantie (choix d'une couverture inférieure) sous réserve d'en aviser l'Assureur avant le 1^{er} novembre par lettre recommandée.

Vous pouvez également, dans les mêmes conditions, demander une augmentation de garantie (choix d'une couverture supérieure) sous réserve d'accomplir les formalités d'adhésion définies ci-dessus.

Ces modifications prennent effet au 1er janvier suivant, aux conditions de garanties en vigueur à cette date, sous réserve, en ce qui concerne l'augmentation de garantie, de l'acceptation de l'Assureur et de l'application du délai d'attente défini ci-avant à la fraction de rente nouvellement garantie. Pendant ce délai, le nouveau montant de rente est garanti uniquement en cas de dépendance accidentelle. En cas de dépendance suite à maladie, la rente versée est celle qui était garantie avant l'augmentation et les cotisations supplémentaires nettes de frais, correspondant à l'augmentation, sont remboursées à l'assuré.

L'Assureur et PREVOYANCE FER peuvent apporter des modifications au contrat, qui prennent effet au 1er janvier suivant.

PREVOYANCE FER est tenue de vous en informer par écrit au moins trois mois à l'avance. Vous avez alors la possibilité, soit de modifier vos garanties dans les conditions définies ci-dessus, soit de dénoncer votre adhésion à effet du 1er janvier suivant en adressant une lettre recommandée à l'Assureur au moins deux mois avant cette date. A défaut, vous êtes réputé avoir accepté la modification.

LA DÉPENDANCE GARANTIE

● Comment est définie la dépendance ?

Vous serez reconnu en état de dépendance au titre du présent contrat, si votre état de santé est reconnu par l'Assureur comme répondant aux critères d'appartenance des groupes 1, 2 et 3 du système AGGIR.

Le système Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR) tel qu'il est défini au jour de la prise d'effet du présent contrat, sert de référence pour évaluer le niveau de dépendance de l'assuré. Ce système prévoit un classement en six groupes appelés Groupe Iso-Ressources.

Le système AGGIR et les critères d'appartenance aux groupes sont décrits en annexe 2.

● Quels sont les niveaux de dépendance ?

Dépendance partielle : L'assuré est classé en GIR 3

Dépendance totale : L'assuré est classé en GIR 1 ou 2.

Le niveau de dépendance reconnu pourra évoluer en fonction de la modification de votre état de santé.

Un nouveau dossier médical devra être constitué et l'indemnisation au nouveau niveau de dépendance interviendra dès la reconnaissance par l'Assureur du nouvel état.

L'Assureur utilise le logiciel AGGIR à partir du questionnaire "justificatif d'état de dépendance" qu'il a élaboré et n'est pas lié dans son appréciation de l'état et du degré de dépendance de l'assuré par une éventuelle décision de classement en GIR d'un autre organisme ou des services publics.

En cas d'évolution ou de modification du système AGGIR, l'Assureur se réserve la possibilité d'appliquer ou non les modifications et d'en répercuter ou non le coût correspondant sur la tarification, le Souscripteur et les assurés disposant alors de la faculté de résiliation.

LES PRESTATIONS D'ASSURANCE

• Quelles sont vos prestations ?

La prestation d'assurance vous est délivrée dès la reconnaissance de votre dépendance partielle. Le montant de la rente mensuelle est déterminé par le choix que vous avez effectué par les 3 couvertures proposées.

	Dépendance partielle (GIR 3)		Dépendance totale (GIR 1 ou 2)
	à domicile	en hospitalisation	à domicile ou en hospitalisation
Couverture 1	150 €	300 €	300 €
Couverture 2	225 €	450 €	450 €
Couverture 3	300 €	600 €	600 €
Couverture 4	450 €	900 €	900 €
Couverture 5	600 €	1200 €	1200 €

Dans le cadre du présent contrat, la notion de dépendance en hospitalisation s'entend de tout hébergement en section de cure médicale ou hospitalisation en unité de long séjour dans une structure destinée à l'accueil des personnes âgées.

Les sections de cure médicale sont des institutions médico-sociales qui permettent aux personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire ayant perdu la capacité d'effectuer seules les actes ordinaires de la vie, d'être accueillies ou de demeurer dans ces établissements, dès lors que leur état de santé est stabilisé et ne requiert qu'une simple surveillance et des soins paramédicaux.

La rente est payable mensuellement à terme échu.

Le paiement de la rente ou du supplément de rente, commence au terme d'un délai de trois mois à compter de la date de la reconnaissance de la dépendance.

• Les prestations sont-elles revalorisées ?

Au 1^{er} janvier de chaque année, le montant des rentes garanties et des rentes en cours de paiement est revalorisé sur la base du point AGIRC. Une revalorisation exceptionnelle supplémentaire peut être accordée par Prévoyance Fer au 1^{er} janvier si le fonds de revalorisation le permet à cette date. En cas d'insuffisance du fonds de revalorisation, la revalorisation supplémentaire exceptionnelle peut être accordée sous réserve d'un prime exceptionnelle versée par Prévoyance Fer et déterminée par la CNP en rapport avec le taux de revalorisation souhaité.

LES FORMALITÉS EN CAS DE DÉPENDANCE

• Que faire en cas de dépendance ?

Afin que l'Assureur examine votre demande de prestation, vous ou tout autre personne de votre entourage devez adresser à PREVOYANCE FER les pièces suivantes :

- un formulaire de demande de prestations ("justificatif d'état de dépendance") rempli éventuellement avec l'aide du médecin traitant ou de l'entourage, signé par vous ou par votre représentant légal et adressé sous pli confidentiel à l'attention du Service Contrôle des Sinistres de l'Assureur - CNP Assurances - 4, Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15,
- la notification de la Sécurité Sociale vous plaçant en invalidité 3^{ème} catégorie ; à défaut un certificat médical attestant que vous êtes atteint d'une invalidité totale, permanente et définitive nécessitant l'assistance continue d'une tierce personne,
- ceux des justificatifs suivants qui correspondent à votre situation :
 - en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, bulletin de situation, certificat d'admission, attestation de présence, contrat d'hébergement, certificat de séjour, factures de frais de séjour,
 - en cas de maintien à domicile : certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile et de l'emploi d'une tierce personne, accompagné, si celle-ci est rémunérée, de justificatifs d'emploi (notamment : avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail, factures avec décomptes des heures effectuées à domicile, copies des chèques emplois-services...),
 - en cas de dépendance consécutive à un accident survenu au cours du délai d'attente, tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec la dépendance,
 - le cas échéant, un document certifiant qu'une prestation dépendance vous est attribuée par les Pouvoirs publics et indiquant le Groupe Iso-Ressources donnant lieu à cette prestation. Ce renseignement a une valeur indicative pour l'Assureur qui effectue sa propre évaluation du niveau de dépendance.

Outre les justificatifs prévus ci-dessus, l'Assureur se réserve le droit de vous demander toute pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude de votre dossier et de vous faire visiter par un médecin de son choix. En cas de refus de votre part, vous perdez tout droit à garantie.

Au cours du paiement de la prestation, l'Assureur se réserve la possibilité de vérifier le maintien de votre état de dépendance et vous faire visiter par un médecin de son choix.. En cas de refus de votre part, le paiement de la prestation cesse.

- **Quel est le délai d'instruction de la demande ?**

L'Assureur s'engage à instruire aussi rapidement que possible les demandes et à aviser l'assuré de sa décision dans le délai maximum de deux mois après réception d'un dossier complet étant précisé que le silence de l'Assureur ne vaut pas acceptation.

- **Peut-on contester la décision de l'Assureur ?**

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

La procédure de conciliation est la suivante :

L'Assureur invite son médecin conseil et le médecin de l'assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

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

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

LES COTISATIONS

La cotisation mensuelle est fixée, en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion et de la couverture choisie, selon le barème suivant :

Age A l'adhésion	Couv. 1	Couv. 2	Couv. 3	Couv. 4	Couv. 5
50	9,63	14,44	19,26	28,88	38,52
51	10,02	15,04	20,05	30,08	40,1
52	10,47	15,70	20,93	31,4	41,86
53	10,94	16,41	21,88	32,82	43,76
54	11,42	17,13	22,84	34,26	45,68
55	11,95	17,93	23,90	35,86	47,8
56	12,48	18,72	24,96	37,44	49,92
57	13,06	19,59	26,12	39,18	52,24
58	13,69	20,53	27,37	41,06	54,74
59	14,35	21,53	28,70	43,06	57,4
60	15,05	22,57	30,09	45,14	60,18
61	15,78	23,67	31,56	47,34	63,12
62	16,58	24,87	33,16	49,74	66,32
63	17,40	26,10	34,80	52,2	69,6
64	18,27	27,40	36,53	54,8	73,06
65	19,21	28,81	38,42	57,62	76,94
66	20,20	30,30	40,40	60,6	80,8
67	21,28	31,92	42,56	63,84	85,12
68	22,39	33,59	44,78	67,18	89,56
69	23,60	35,39	47,19	70,78	94,38
70	24,87	37,30	49,73	74,6	99,46
71	26,31	39,47	52,63	78,94	105,26
72	27,87	41,80	55,73	83,6	111,46
73	29,53	44,30	59,07	88,6	118,14
74	31,30	46,94	62,59	93,88	125,18

En cas d'adhésion simultanée de votre conjoint, une réduction de 10 % est appliquée sur le total des deux cotisations. En cas de résiliation ultérieure de l'un des deux adhérents (sauf décès ou séparation) cette réduction ne s'applique plus.

- **Quelles sont les modalités de paiement de vos cotisations ?**

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent faire l'objet d'un règlement fractionné par périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle selon votre choix.

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

- **Comment évoluent vos cotisations ?**

Le barème des cotisations applicable aux assurés déjà affiliés au contrat est révisable annuellement au 1er janvier en fonction de l'évolution des résultats.

En cas de revalorisation supplémentaire exceptionnelle, les cotisations sont revalorisées du taux qui correspond à cette revalorisation supplémentaire exceptionnelle.

PREVOYANCE FER est tenu de vous informer de cette révision au moins trois mois à l'avance.

Vous avez alors la possibilité, soit de modifier vos garanties dans les conditions définies plus haut, soit en cas de désaccord, de dénoncer votre adhésion à effet du 1^{er} janvier en adressant une lettre recommandée à l'Assureur au moins deux mois avant cette date.

- **Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations ?**

A défaut de paiement de la cotisation due, PREVOYANCE FER peut vous exclure du contrat, après mise en demeure par lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L 140-3 du Code des assurances.

Toutefois, si huit années au moins de cotisations ont été payées, il n'est pas procédé à cette exclusion mais à une réduction des garanties. Le montant de vos garanties est réduit par application d'un coefficient fixé en fonction du nombre d'années de cotisations acquittées. Ce calcul de réduction est effectué selon le barème en vigueur lors de la réduction, il est révisable annuellement (Annexe 1 reproduisant le barème en vigueur).

LES DROITS ET L'INFORMATION DES ASSURÉS

Le délai de prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances.

Autorité chargée du contrôle

La commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance (54, rue Châteaudun - 75436 PARIS Cedex 09) est chargée du contrôle de la CNP.

- **Que faire en cas de réclamation ?**

Pour toute réclamation relative à votre adhésion, vous pouvez vous adresser à CNP Assurances - 4, Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations, vous pouvez demander la saisie du médiateur de la CNP.

Les modalités de la procédure de médiation seront communiquées sur demande adressée à la Direction de l'Instruction de la Médiation - CNP Assurances - 4, Place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15.

Informatique et libertés

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant sur les fichiers à usage de l'Assureur par un courrier indiquant le numéro de contrat et le numéro d'adhérent à l'adresse suivante : CNP Assurances - Service Juridique - 4, Place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Conciliation

Si vous souhaitez contester une décision de l'Assureur concernant votre état de dépendance, vous devez lui faire parvenir un certificat médical justifiant votre réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure de conciliation et précisant que vous vous engagez à avancer les honoraires du tiers expert.

La procédure de conciliation est la suivante :

L'Assureur invite son médecin conseil et votre médecin à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie qui n'obtient pas gain de cause, l'assuré en faisant l'avance.

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



- ANNEXE 1 -

Barème de réduction des garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2005

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

- ANNEXE 2 -

Le système Aggir

Le système Autonomie Gérontologique Groupe ISO-Ressources (AGGIR) est un modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées sans aide par la personne.

Le système AGGIR a été conçu, mis au point et validé par le Syndicat National de Gérontologie Clinique regroupant des gériatres, des méthodologistes, des mathématiciens et des sociologues, par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurances Maladie) et par le Ministère de la Santé.

Les dix critères les plus pertinents pour décrire et quantifier la perte d'autonomie chez une personne âgée ont été déterminés.

Ils permettent de classer les individus en six groupes "Iso-ressources", en fonction de leur degré d'autonomie.

Comment fonctionne AGGIR

AGGIR repose sur la mesure, à partir du questionnaire détaillé à remplir lors du sinistre ainsi que des pièces administratives à fournir, de 10 variables discriminantes de la perte d'autonomie :

Cohérence : converser et / ou se comporter de façon logique et sensée.

Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux.

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

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

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

La continence : capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale, y compris, en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux.

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

Le déplacement : capacité de se déplacer sur une surface plane à l'intérieur du logement ou de quitter son lieu de vie en cas de danger.

Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, alarme, sonnette...

Chacune de ses variables comporte 3 modalités de réponse :

"Fait seule totalement, habituellement correctement"

"Fait partiellement"

"Ne fait pas"

L'analyse de ces variables permet le classement de la personne dans l'un des 6 groupes Iso-Ressources ci-après.

Les six groupes Iso-Ressources

Le groupe 1 : rassemble les personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et pour lesquelles une présence continue d'intervenants est nécessaire. Dans ce groupe, se trouvent, entre autres, des personnes en fin de vie.

Le groupe 2 comprend deux sous-groupes principaux :

- Les personnes grabataires lucides ou 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. Une majorité d'entre elles n'assurent pas seules tout ou partie de l'hygiène de l'élimination, de la toilette, de l'habillement et de l'alimentation ce qui nécessite une surveillance permanente et des aides répétées de jour comme de nuit.

- Les déments déambulants ou les détériorés mentaux graves qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, ils n'effectuent que stimulés. La conservation de leurs activités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, ils n'effectuent que stimulés. La conservation de leurs activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement, et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.

Le groupe 3 : il s'agit essentiellement de personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'aides pour leur autonomie corporelle, car elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire. Leur état ne nécessite pas une surveillance permanente.

Le groupe 4 : comprend principalement deux sous-groupes : Ceux qui n'assument pas seuls leurs transferts mais qui, une fois levés, ont des activités de déplacement à l'intérieur du logement et qui par ailleurs doivent être aidés ou stimulés par la toilette, l'habillement et dont la plupart s'alimente seul. Ceux qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider par les activités corporelles y compris pour les repas. Pour ces deux sous-groupes, les personnes peuvent assumer seules l'hygiène de l'élimination, mais des aides ponctuelles ou partielles peuvent être nécessaires. Par ailleurs, les aides de tiers sont indispensables au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part.

Le groupe 5 : comprend toutes les personnes qui assurent seules leurs transferts et déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une surveillance ponctuelle qui peut être étalée dans la semaine et des aides pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Ce sont typiquement des personnes ayant besoin pour l'essentiel d'heures d'aides ménagères.

Le groupe 6 : regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

Pour en savoir plus, vous pouvez vous adresser au Syndicat National de Gérontologie Clinique.

