NOTICE D'INFORMATION
RELATIVE AU CONTRAT APICIL DEPENDANCE

Cette notice d'information est relative au contrat collectif n°8433 R à adhésion facultative souscrit par APICIL UPESE Association, qui reçoit votre adhésion, ci-après dénommée "le Souscripteur", auprès de CNP Assurances, ci après dénommée "l'Assureur".

VOTRE ADHÉSION

QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Le présent contrat, régi par le Code des Assurances, a pour objet de garantir le service d'une rente et éventuellement d'un capital aux assurés qui se trouvent, de façon définitive, dans l'état de dépendance défini ci-après.
Les garanties du présent contrat s'appliquent en France Métropolitaine et dans les départements et Territoires d'outre mer, et ne peuvent s'appliquer à des adhérents domiciliés à l'étranger.

QUI PEUT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Sont admissibles à l'assurance les membres d'**APICIL UPESE Association**, leurs conjoints, âgés de plus de 45 ans et de moins de 76 ans, s'ils remplissent les formalités d'adhésion visées ci-dessous.

QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION ?

Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les assurés selon le déroulement suivant :

- Lorsque le participant est **en activité** ou dans les **SIX MOIS** qui suivent son départ à la retraite ou préretraite, l'admission à l'assurance est automatique à condition qu'il satisfasse aux sept conditions suivantes :

1. Ne pas être actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite,

2. Ne pas bénéficier de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins un des quatre actes ordinaires de la vie courante (s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer),

3. Ne pas avoir perçu ou percevoir une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité supérieur à 40% et ne pas être en cours de reconnaissance d'invalidité,

4. Ne pas bénéficier ou avoir bénéficié de la prestation de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail en application de l'article L.341-15 du code la Sécurité sociale et ne pas en avoir fait la demande pour en bénéficier,

5. Ne pas avoir été ou être exonéré(e) du ticket modérateur en application de l'article L.322-3 du code de la Sécurité sociale ou ne pas avoir effectué une demande d'exonération du ticket modérateur auprès de la Sécurité sociale antérieurement à la date de la demande d'adhésion,

6. Ne pas avoir au cours des 5 dernières années :
- été hospitalisé(e) plus de 7 jours consécutifs,
- été en arrêt de travail de plus de 3 mois consécutifs,
- suivi un traitement médicamenteux d'une durée supérieure à 1 mois,

7. Ne pas avoir été suivi(e) ou être suivi(e) pour un handicap ou une affection rhumatologique ou neurologique ou psychique ou cardiaque ou vasculaire.

Si le candidat satisfait à toutes les conditions, il est admis dans l'assurance. S'il ne satisfait pas à l'une des conditions, il doit remplir un questionnaire de santé. La décision est prise après examen de ce questionnaire, complété éventuellement par des renseignements médicaux ou, si nécessaire, par un examen médical. La CNP se réserve alors la faculté de fixer des conditions spéciales ou de refuser le risque.
Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, 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.

- Au-delà du 6ème mois de départ en retraite ou préretraite du participant ou lorsqu'il s'agit du conjoint du participant non immatriculé de son propre chef à la sécurité sociale, l'admission est subordonnée à une décision favorable de l'Assureur, prise après examen d'un questionnaire d'état de santé, complété éventuellement par des renseignements médicaux ou, si nécessaire, par un examen médical. La CNP se réserve alors la faculté de fixer des conditions spéciales ou de refuser le risque.

QUAND LA GARANTIE PREND-ELLE EFFET ?

Les garanties, rente ou capital, prennent effet, sous réserve du paiement de la première cotisation au premier jour du mois civil qui suit la demande d'adhésion ou l'acceptation médicale si l'assuré doit remplir un questionnaire de santé.
APICIL UPESE Association fait parvenir à l'assuré un certificat d'adhésion précisant les conditions de son acceptation dans l'assurance.

En cas de défaut de paiement de la cotisation, la date de prise d'effet de la garantie est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

Les garanties cessent de produire leurs effets :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- en cas de résiliation de l'adhésion notifiée par lettre recommandée deux mois avant la date de l'échéance annuelle fixée au 1er janvier de chaque année,
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de contrat, conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances,
- en cas de réalisation du risque dépendance pendant le délai de carence.

QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS ?

Sont exclues des garanties les conséquences :

- du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré, tentative de suicide, mutilations, usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, alcoolisme aigu ou chronique,

- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'actes de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,

- de la transmutation du noyau de l'atome,

- des maladies ou affections (article D 322.1 du code de la Sécurité sociale) survenues antérieurement à la date de prise d'effet des garanties et ayant entraîné un état de dépendance dans les trois années suivant cette date.

Liste des affections de longue durée exclues : **accident vasculaire cérébral invalidant, aplasie médullaire, artériopathie chronique et évolutive (y compris coronarite) avec manifestations cliniques ischémiques, bilharziose compliquée, cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave, cirrhose du foie décomposée, déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et déficit immunitaire acquis grave (syndrome immunodéficitaire acquis), diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime, forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie), hémoglobinopathie homozygote, hémophilie, hypertension artérielle sévère, infarctus du myocarde datant de moins de six mois, insuffisance respiratoire chronique grave, lèpre, maladie de Parkinson, maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement**

prolongé spécialisé, mucoviscidose, néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif, paraplégie, périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive, polyarthrite rhumatoïde évolutive grave, psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale, rectocolite hémmoragique et maladie de Crohn évolutives, sclérose en plaques invalidante, scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne, spondylarthrite ankylosante grave, suite de transplantation d'organe, tuberculose active, tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (C. trav. Art. D 322-1)

QUELLES SONT LES MODIFICATIONS POSSIBLES ?

A – PAR L'ASSURÉ :

L'assuré peut diminuer le montant de ses garanties, rentes ou capital, sous réserve d'en aviser APICIL UPESE Association avant le 1er novembre par lettre recommandée. La diminution des garanties et des cotisations prend effet au 1er janvier suivant.
Il peut également, dans le même délai et jusqu'à 75 ans, demander une augmentation de garantie. Il doit alors accomplir les formalités médicales définies précédemment.

Pour une garantie donnée, rente ou capital, cette procédure d'augmentation de garantie ne peut être mise en œuvre qu'une fois pour un même assuré. Pour tout assuré âgé de plus de 65 ans, la modification ne peut intervenir que pour un montant de garantie, rente ou capital, immédiatement supérieur à celle en cours sans pouvoir passer de l'option « limitée « à l'option » complète ».
L'augmentation prend effet au 1er janvier suivant sous réserve de l'acceptation médicale, aux conditions de garanties et de cotisations en vigueur à sa date de prise d'effet.

B – PAR APICIL UPESE Association :

Les modifications interviennent au renouvellement du contrat.
APICIL UPESE Association est tenu d'en informer tous les assurés par écrit au moins trois mois à l'avance. Ils ont la possibilité soit de modifier leurs garanties dans les conditions définies ci-avant, soit de résilier leur adhésion au 1er janvier suivant.

VOS GARANTIES

QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS ?

A – RECONNAISSANCE DE LA DÉPENDANCE

Par dépendance, on entend l'impossibilité permanente d'effectuer seul les actes de la vie quotidienne : se déplacer, s'habiller, s'alimenter, se laver, uriner (accompagnée ou non de troubles psychiques).

En cas de sinistre, l'état de dépendance est apprécié par le Médecin Conseil de la CNP à partir des grilles ci-après :

GRILLE I

Surveillance et assistance constantes suite à des troubles psychiques	7

Dans ce cas, la dépendance est totale (niveau II).

GRILLE II

	Aide partielle	Aide totale
S'alimenter (manger, boire…)	1	2
S'habiller (se chausser)	1	2
Faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser)	1	2
Faire ses transferts (se lever, se coucher, s'asseoir, se déplacer)	1	2
Uriner	1	2

L'indice de dépendance est égal au total des points de la grille II.

Si l'indice est inférieur ou égal à 5, l'assuré n'est pas considéré en état de dépendance au sens du présent contrat.

Si l'indice est égal à 6, la dépendance est dite partielle (niveau I).

Si l'indice est supérieur ou égal à 7, la dépendance est totale (niveau II).

B – OPTION DES GARANTIES

Lors de l'adhésion, l'assuré choisit entre deux options, selon le niveau de dépendance pour lequel il souhaite être couvert.

Option 1 : Garantie limitée : OPTIMA
La garantie couvre la dépendance totale exclusivement.

Option 2 : Garantie complète : OPTIMA PLUS
La garantie couvre la dépendance partielle et la dépendance totale, telles que définies ci-dessus.

Le choix entre ces deux options doit être fait par l'assuré lors de son adhésion.

C – PERIODE D'ATTENTE

Il est précisé que, sous réserve du paiement de la cotisation, la garantie **APICIL Dépendance** est accordée :

- Trois ans après la date d'entrée dans l'assurance, en cas de maladie psychiatrique, et ceci quel que soit l'âge de l'assuré et/ou de son conjoint,

- Sans délai d'attente en cas de sinistre consécutif à un accident postérieur à la date d'effet de l'adhésion, et ceci quel que soit l'âge de l'assuré et/ou de son conjoint. Par accident, il faut entendre un événement extérieur, soudain et involontaire,

- Sans délai pour tout actif de plus de 45 ans présent au travail,

- Sans délai si d'une part l'assuré et/ou son conjoint est âgé de moins de 65 ans et si d'autre part l'adhésion intervient dans un délai de six mois suivant la date de liquidation de la pension vieillesse des Assurances sociales. Passé ce délai ou si l'assuré et/ou son conjoint est âgé de plus de 65 ans, un délai d'attente d'une année après la date d'entrée dans l'assurance sera appliqué.

En cas de transfert d'un contrat équivalent vers la garantie **APICIL Dépendance** définie dans le présent contrat et si d'une part le niveau de rente choisi est le même que dans le précédent contrat et si d'autre part l'assuré remplit les conditions médicales, la période d'attente est décomptée à partir de la date d'adhésion du précédent contrat.
En cas de survenance d'un sinistre non pris en charge pendant le délai d'attente, l'adhésion est résiliée et APICIL UPESE Association rembourse à l'assuré le montant des cotisations versées sauf en cas de déclaration frauduleuse à l'adhésion.

VOS PRESTATIONS

QUELLES SONT VOS PRESTATIONS ?

Lorsque l'assuré est reconnu dépendant, il lui est versé selon les choix qu'il a effectué, les prestations suivantes :

- une rente seule
- une rente et un capital « premières dépenses »

Par ailleurs il bénéficie des prestations d'assistance décrites dans la notice d'information **« Filassistance »** qu'**APICIL UPESE Association** remet à l'assuré.

QUELLES SONT LES PRESTATIONS PROPOSÉES ?

LA RENTE DÉPENDANCE

Lorsque l'assuré est reconnu dépendant, il lui est versée une rente.
Les prestations sont dues à compter du jour de la reconnaissance de l'état de dépendance.

- La rente versée est égale à tout ou partie de la rente mensuelle de base dont le montant est choisi à l'adhésion parmi les classes suivantes (valeurs au 1er janvier 2003) :

Formule 1 : 300 euros
Formule 2 : 600 euros
Formule 3 : 900 euros
Formule 4 : 1200 euros
Formule 5 : 1500 euros

- Les montants de rente garantis pour chacun des niveaux de dépendance définis au chapitre « quels sont les risques couverts ? » sont les suivants :

Dépendance Partielle : 50 % de la rente de base (niveau I)
Dépendance Totale : 100 % de la rente de base (niveau II)

- La rente est payable mensuellement à terme échu. Son service se poursuit du jour de la reconnaissance de l'état de dépendance jusqu'au jour où intervient soit la cessation de l'état de dépendance, soit le décès de l'assuré.

- Le montant des rentes servies est revalorisé au 1er janvier de chaque année, par référence à l'évolution du point AGIRC de l'année qui précède, constatée entre le 1er janvier de l'année N-1 et le 1er janvier de l'année N-2.

LE CAPITAL « PREMIERES DÉPENSES »

Cette garantie est complémentaire à la rente dépendance.
Lorsque l'assuré est reconnu en état de dépendance, et s'il a souscrit l'option **Capital « Premières Dépenses »** un capital lui est versé selon le niveau de garantie choisi.

Le capital est versé une seule fois au cours de l'adhésion.
Le montant du capital est revalorisé dans les mêmes conditions que la rente.

Niveaux de **capital « premières dépenses »** parmi lesquels l'assuré effectue son choix :

Niveau 1 : 1500 euros
Niveau 2 : 3000 euros
Niveau 3 : 4500 euros
Niveau 4 : 6000 euros
Niveau 5 : 7500 euros

Le niveau de capital choisi est lié à la formule «rente dépendance» retenue :

Formule 1 : Niveau 1 uniquement
Formule 2 : Niveaux 1 ou 2
Formule 3 : Niveaux 1 ou 2 ou 3
Formule 4 : Niveaux 1 ou 2 ou 3 ou 4
Formule 5 : Tous les niveaux

QUE FAIRE EN CAS DE DÉPENDANCE ?

L'examen de la demande de prestations intervient selon la procédure suivante :
L'assuré, ou toute autre personne de son entourage, doit adresser à **APICIL UPESE Association** les pièces suivantes :

- un imprimé **« justificatif d'état de dépendance »** rempli à l'aide du médecin traitant ou du médecin hospitalier et mis sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur.

- la notification de la sécurité sociale plaçant l'assuré en invalidité 3ème catégorie ; à défaut un certificat médical attestant que l'assuré est atteint d'une invalidité totale, permanente et définitive nécessitant l'assistance d'une tierce personne.

- ceux des justificatifs suivants qui correspondent à la situation de l'assuré(e) :

- en cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement : l'attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, le bulletin de situation, le certificat d'admission, l'attestation de présence, le contrat d'hébergement, le certificat de séjour, les factures de frais de séjour.

- en cas de maintien à domicile : le certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile accompagné de justificatifs de l'emploi d'une tierce personne (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 de carence, tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec l'état de dépendance.

L'Assureur se réserve le droit de faire visiter, par un médecin de son choix, tout assuré demandant à bénéficier des prestations. En cas de refus de l'assuré, celui-ci perd tout droit à garantie.

Au cours du paiement de la prestation, l'Assureur se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de dépendance de l'assuré. En cas de refus de l'assuré, le paiement des prestations cesse.

PROCÉDURE DE CONCILIATION

L'assuré qui conteste la décision de l'Assureur doit lui faire parvenir uncertificat 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.

Après réexamen, l'Assureur peut proposer à l'assuré la procédure de conciliation 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.

VOS COTISATIONS

COMMENT SONT FIXÉES LES COTISATIONS ?

Les cotisations sont fixées en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion ainsi que des options choisies.
En cas d'adhésion simultanée du conjoint, le couple adhérent doit choisir la même garantie et le même niveau de garantie (rente et capital « premières dépenses »). Le conjoint bénéficie de 15% de réduction sur sa cotisation.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PAIEMENT ?

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles cessent d'être dues à partir de l'échéance de cotisation suivant le début de service de la rente. Elles peuvent faire l'objet d'un règlement fractionné par périodicité semestrielle, trimestrielle ou mensuelle au choix de l'assuré.

COMMENT SONT REVALORISÉES LES COTISATIONS ?

Le montant des garanties et des cotisations est revalorisé au 1er janvier de chaque année, par référence à l'évolution du point AGIRC de l'année qui précède, constatée entre le 1er janvier de l'année N –1 et le 1er janvier de l'année N –2.

COMMENT SONT REVISÉS LES BARÈMES DE COTISATIONS ?

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier les engagements de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit de proposer, pour la date d'effet des modifications en cause, le changement en conséquence, soit des conditions d'ouverture du droit à prestations et du montant de celles-ci, soit du taux de cotisation, soit une combinaison des deux.
Les conséquences ne prendront effet qu'après accord explicite entre **APICIL UPESE Association** et l'Assureur et s'appliqueront à l'ensemble des adhérents. Faute d'accord entre les parties, les montants et modalités des garanties seront déterminés sur les anciennes bases.

Par ailleurs les barèmes pourront être révisés en fonction de l'évolution des résultats du contrat.

Le tarif applicable aux personnes déjà assurées sera révisé selon le nouveau barème.

Si l'assuré n'est pas en mesure de supporter la hausse du taux de cotisation, il a la possibilité de continuer à verser la cotisation à son niveau antérieur. Le montant de la garantie subit alors une diminution proportionnelle, l'intéressé conservant par ailleurs la possibilité de choisir une classe de garantie inférieure.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ?
A défaut de paiement de la cotisation due par l'assuré, **APICIL UPESE Association** peut exclure l'assuré du contrat, après mise en demeure par lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L 140-3 du Code des Assurances.

VOS DROITS ET VOTRE INFORMATION

DELAI 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 CONTROLE
La Commission de Contrôle des Assurances (54 rue de Châteaudun, 75436 PARIS cedex 09) est chargée du contrôle de l'assureur.

QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATION ?
Pour toute réclamation relative à votre contrat, 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.

MÉDIATION
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.

Groupe APICIL

38 rue François Peissel - BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com

Réf. 7021.3 B - Notice d'information APICIL Dépendance - 05/06 - 04/09 - 2 000 ex.