

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association ALPTIS SENIORS dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
- et d'autre part, CNP ASSURANCES dont le siège social est situé 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15, Société Anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré, 341 737 062 RCS Paris, entreprise régie par le code des assurances, des contrats d'assurances de groupe à adhésion facultative : n° 8838 G (pour les contrats "Madelin") et n° 8798 N (pour les contrats "non Madelin").

Ces contrats sont ouverts aux membres de l'association ALPTIS SENIORS. La gestion de ces contrats est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le numéro du contrat et l'option choisie sont précisés sur votre certificat d'adhésion. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

NATURE DES GARANTIES

QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

La garantie a pour objet le service d'une rente viagère, de prestations en espèces et de prestations d'assistance aux assurés qui se trouvent de façon définitive dans l'état de dépendance défini ci-après.

QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS ?

DÉFINITION DU RISQUE DEPENDANCE

Est reconnu en état de dépendance l'assuré dont l'état de santé est stabilisé (non susceptible d'amélioration) et qui se trouve dans l'une des deux situations suivantes :

- **dépendance fonctionnelle** : impossibilité totale d'effectuer seul certains des 6 actes de la vie quotidienne définis ci-après, suite à un handicap physique médicalement constaté.
- **dépendance psychique** : impossibilité totale d'effectuer seul certains des 6 actes de la vie quotidienne définis ci-après, de façon spontanée, sans incitation, en raison d'une démence. Celle-ci doit être constatée médicalement par un psychiatre ou un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test "Mini Mental State Examination" de Folstein.

L'assuré doit par ailleurs se trouver dans l'une des situations suivantes :

- l'assuré est hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées.
- l'assuré est hospitalisé en unité de long séjour.
- l'assuré bénéficie à la fois des services de soins médicaux à domicile et de l'assistance d'une tierce personne, justifiés par un certificat médical.

DÉFINITION DES 6 ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

- **La toilette** : capacité de satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- **L'habillement** : capacité de s'habiller et 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.
- **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.
- **Les transferts** : capacité de passer du lit à une chaise ou un fauteuil et inversement.

NIVEAUX DE DÉPENDANCE

Le nombre d'actes de la vie quotidienne que l'assuré est dans l'impossibilité d'accomplir définit son niveau de dépendance et lui donne droit à des prestations différentes :

- **Niveau 1** : l'assuré est incapable d'effectuer 2 actes de la vie quotidienne sur 6.
- **Niveau 2** : l'assuré est incapable d'effectuer 3 actes de la vie quotidienne sur 6.
- **Niveau 3** : l'assuré est incapable d'effectuer 4 actes de la vie quotidienne sur 6.
- **Niveau 4** : l'assuré est incapable d'effectuer 5 ou 6 actes de la vie quotidienne sur 6.

MODIFICATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE

Le niveau de dépendance reconnu pourra évoluer en fonction de la modification de l'état de santé de l'assuré. 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.

QUELLES SONT LES GARANTIES PROPOSÉES ?

En fonction du niveau de dépendance et de la couverture choisie. Le détail des prestations est donné en page 4 et 5.

NIVEAU DE DÉPENDANCE	FORMULE A	FORMULE B
Niveau 1	Assistance	Assistance
Niveau 2	Assistance	Assistance + capital "Premières dépenses"* + "Repos de l'aidant"***
Niveau 3	Assistance	Assistance + capital "Premières dépenses"* + "Repos de l'aidant"*** + Rente "dépendance partielle"
Niveau 4	Assistance + rente "dépendance totale"	Assistance + capital "Premières dépenses"* + "Repos de l'aidant"*** + Rente "dépendance totale"

*Capital "premières dépenses" : en option de la Formule B ; le capital est versé une seule fois au cours de l'adhésion.

***"Repos de l'aidant" : en option de la Formule B.

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises en France métropolitaine, dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**) ou à Monaco, et dans le monde entier lors de séjour n'excédant pas deux mois. Toutefois, les prestations Rente dépendance, Capital premières dépenses et Repos de l'aidant ne sont versées que si l'état de dépendance est constaté médicalement en France métropolitaine, dans les DOM ou à Monaco. Si l'accident ou la maladie entraînant un état de dépendance est survenu à l'étranger, les frais de rapatriement sont à la charge de l'assuré.

LOI MADELIN

Les travailleurs non salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat (à l'exception de celles relatives à la garantie optionnelle "capital 1^{ères} dépenses"), s'ils remplissent les conditions prévues par la loi.

ADHÉSION

QUAND L'ADHÉSION PREND T-ELLE EFFET ?

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et :

- au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion, pour l'assuré qui a répondu négativement à toutes les questions de la déclaration d'état de santé,
- au plus tôt le lendemain de l'acceptation de l'assureur, si l'assuré a rempli un questionnaire de santé.

La date de prise d'effet de l'adhésion souhaitée figurant sur la demande d'adhésion ne peut être postérieure à quatre mois par rapport à la date indiquée sur la déclaration d'état de santé et sur le questionnaire de santé. Passé ce délai, de nouvelles formalités médicales devront être accomplies pour accepter le candidat à l'assurance.

Les modalités d'adhésion sont définies dans la demande d'adhésion.

La notification de décision d'entrée dans l'assurance est matérialisée par un certificat d'adhésion précisant 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 du paiement de celle-ci.

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 ou la réduction des indemnités dans les conditions prévues à l'article L. 113-9 du code des assurances.

QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Tout sinistre survenant dans un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion de l'assuré 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.

On entend par accident : "toute atteinte corporelle provoquée exclusivement par un événement extérieur, imprévu et soudain, dont l'assuré est involontairement victime".

En cas de survenance d'un sinistre non pris en charge pendant le délai d'attente, la garantie est résiliée et les cotisations versées sont remboursées à l'assuré.

DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera à l'adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile :

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

Afin de faciliter l'exercice de ce droit, et par dérogation au texte ci-dessus, le délai de renonciation est porté, dans le cadre du présent contrat, à 30 (trente) jours calendaires révolus à compter de la conclusion de l'adhésion (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modalités d'exercice du droit de renonciation :

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 33 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent),..... demeurant àai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signée le (date).....".

À..... Le

Signature

QUAND LA GARANTIE CESSE-T-ELLE ?

L'assuré reste garanti quels que soient son âge et l'évolution de son état de santé.

Les garanties cessent toutefois de produire leurs effets dans les cas suivants :

- 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 l'adhésion par l'assuré, notifiée par lettre recommandée deux mois avant la date de son échéance annuelle, ou avant le 1^{er} janvier si cette dénonciation fait suite à une modification du contrat ou une augmentation du barème des cotisations,
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois,
- en cas de survenance d'une dépendance non prise en charge de l'assuré pendant le délai d'attente,
- en cas de décès de l'assuré,
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation.