

Capital dépendance

CONDITIONS GÉNÉRALES

Référencées : CG/HA/capital dépendance/01.2017

Contrat individuel assurance dépendance

Mise à jour à effet du 1^{er} janvier 2020

Sommaire

PRÉAMBULE	2
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	2
ARTICLE 2 - DÉFINITIONS	2
TITRE I SOUSCRIPTION DU CONTRAT	2
ARTICLE 3 - CONDITIONS ET FORMALITÉS DE LA SOUSCRIPTION.....	2
ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT	3
ARTICLE 5 - RENONCIATION	3
ARTICLE 6 - DURÉE, RENOUELEMENT ET CESSATION DU CONTRAT	3
ARTICLE 7 - OBLIGATIONS DÉCLARATIVES ET NULLITÉ DU CONTRAT	3
TITRE II GARANTIES	3
ARTICLE 8 - LA GARANTIE DÉPENDANCE.....	3
ARTICLE 9 - LA GARANTIE DÉCÈS	4
ARTICLE 10 - CHOIX ET CESSATION DE LA GARANTIE OPTIONNELLE « FORFAIT REPOS DE L'AIDANT »	4
ARTICLE 11 - MODIFICATION DU MONTANT DU CAPITAL GARANTI DÉPENDANCE	5
ARTICLE 12 - PÉRIODE D'ATTENTE.....	5
ARTICLE 13 - FRANCHISE.....	5
ARTICLE 14 - REVALORISATION DU CAPITAL GARANTI	5
ARTICLE 15 - EXCLUSIONS.....	5
TITRE III COTISATIONS ET FRAIS	6
ARTICLE 16 - MONTANT DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 17 - PAIEMENT DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 18 - EXONÉRATION DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 19 - RÉVISION DES COTISATIONS.....	6
ARTICLE 20 - DÉFAUT DE PAIEMENT DE COTISATIONS	6
ARTICLE 21 - MAINTIEN PARTIEL DES GARANTIES	6
TITRE IV VERSEMENT DES PRESTATIONS	6
ARTICLE 22 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	6
ARTICLE 23 - DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	6
TITRE V DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
ARTICLE 24 - PRESCRIPTION	7
ARTICLE 25 - SOUSCRIPTION À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES.....	7
ARTICLE 26 - DEMANDES D'INFORMATIONS - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION.....	7
ARTICLE 27 - CONTRÔLE DE L'ASSUREUR.....	8
ARTICLE 28 - DISPOSITIONS DIVERSES	8
ANNEXE 1	10

PRÉAMBULE

Article 1 - Objet du contrat

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 15, le présent contrat d'assurance dépendance a pour objet de garantir à l'assuré le versement d'un capital lorsque l'assuré se trouve en état de dépendance totale ou partielle et de garantir aux bénéficiaires désignés le versement d'un capital en cas de décès de l'assuré survenu avant tout état de dépendance.

Capital dépendance est un produit assuré par Malakoff Humanis Assurances, Société Anonyme au capital de 23 565 660 Euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris 447 883 661 - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris, dénommée ci-après « l'Assureur ».

Le présent contrat est composé :

- des présentes Conditions Générales référencées « CG/HA/ Capital dépendance/01.2017 » et de ses dispositions annexées,
- d'une demande de souscription remplie et signée par le Souscripteur,
- et du Certificat d'Adhésion émis par l'Assureur.

Il est régi par la loi française, est rédigé en langue française et le restera pendant toute sa durée. Il est régi par le Code des assurances.

Article 2 - Définitions

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, violent et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique de l'assuré une atteinte ou lésion corporelle.

Assuré : la personne physique garantie par le présent contrat. Le Souscripteur du contrat est l'assuré.

Ayant droit : l'ayant droit s'entend de la personne qui possède un droit sur le patrimoine du Souscripteur en cas de décès de celui-ci.

Bénéficiaire : est considérée comme bénéficiaire la personne qui recevra la prestation due par l'Assureur en cas de réalisation du risque garanti par le présent contrat.

Concubin : personne vivant en concubinage avec le Souscripteur. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Consolidation : la consolidation s'entend de l'état de santé stabilisé, qui n'est plus susceptible d'amélioration dans le temps, soit spontanément, soit par le fait d'un traitement.

Délai d'attente : on appelle délai d'attente la période suivant la date d'effet de la souscription pendant laquelle le Souscripteur cotise sans pouvoir bénéficier des prestations prévues par le présent contrat.

Délai de franchise : on appelle délai de franchise la période suivant la date de reconnaissance de l'état de dépendance ne permettant pas le versement des prestations prévues par le présent contrat.

Dépendance : impossibilité médicalement constatée d'accomplir, sans l'aide d'une tierce personne, certains actes élémentaires et essentiels de la vie courante (faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se déplacer, être continent et effectuer ses transferts). L'état de dépendance est évalué par référence à la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources).

Garantie : elle correspond à l'engagement de l'Assureur de verser une prestation si l'assuré est victime d'un sinistre.

PACS : il s'agit du sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par l'Assureur.

Risque en assurance dépendance : le risque en assurance dépendance correspond à un événement aléatoire de perte d'autonomie future et incertaine, dont la réalisation est

indépendante de la volonté de l'assuré.

Sinistre : le sinistre correspond à la réalisation du risque en assurance dépendance.

Souscripteur : le Souscripteur est la personne qui souscrit le contrat et dont la demande de souscription a été acceptée par l'Assureur.

Territoire de Résidence : France métropolitaine, Corse, Départements et Régions d'Outre-Mer. Le demandeur justifie de son Territoire de Résidence en produisant à l'Assureur une copie de son dernier avis d'imposition au titre de ses revenus.

TITRE I - SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Article 3 - Conditions et formalités de la souscription

La souscription du présent contrat est réservée à toute personne, **âgée de 18 ans et plus et de moins de 76 ans** au 1^{er} janvier de l'année d'effet du contrat et domiciliée sur l'un des Territoires de Résidence définis ci-dessus.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance du demandeur.

Pour bénéficier de la garantie le demandeur doit :

- remplir et signer la demande de souscription de l'Assureur. Le demandeur indique notamment le montant du capital qu'il retient conformément aux dispositions de l'article 10. Ce document doit être accompagné de la copie de la pièce d'identité officielle en cours de validité ainsi que du formulaire de prélèvement « Mandat SEPA ».
- et pouvoir répondre négativement à l'ensemble des questions médicales figurant sur le formulaire Déclaration d'état de santé. En cas de réponse positive à au moins l'une des questions, un questionnaire médical devra être renseigné par ses soins.

L'Assureur accepte ou refuse la souscription à l'issue de l'étude du dossier. Si l'Assureur **accepte de garantir le demandeur**, l'Assureur émet un Certificat d'Adhésion formalisant la conclusion du contrat et mentionnant la date de prise d'effet ainsi que les caractéristiques du contrat.

Par la signature de la demande de souscription, le demandeur reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat.

Article 4 - Prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet sous réserve de l'acceptation médicale du dossier de souscription et du paiement de la première cotisation :

- à la date souhaitée par le demandeur, sous réserve que celle-ci se situe de 3 mois suivant la réception de la demande de souscription,
- ou à défaut, au 1^{er} jour du mois civil suivant l'acceptation médicale de la demande de souscription.

L'Assureur émet un Certificat d'Adhésion formalisant la conclusion du contrat et mentionnant la date de prise d'effet ainsi que les caractéristiques du contrat. Seule la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion fait foi entre les parties. En tout état de cause, le contrat ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Article 5 - Renonciation

Le Souscripteur dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus, suivant la date d'effet du contrat, pour annuler le contrat par lettre recommandée avec accusé de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique, adressé à Malakoff Humanis Assurances, CS 20011, 59895 Lille cedex 9.

Un projet de rédaction destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation est rappelé ci-après :

« Je soussigné(e).....domicilié(e)..... déclare renoncer au contrat Capital dépendance numéroté « indiquer le numéro de contrat présent dans le Certificat d'Adhésion » souscrit à effet du .../.../... et demande le remboursement des cotisations déjà versées, dans le délai de 30 jours prévu par la loi. Fait le à ... Date, Signature ».

Article 6 – Durée, renouvellement et cessation du contrat

6.1 Durée du contrat

Le contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction d'année en année.

6.2 Cas de cessation du contrat

Le contrat peut cesser :

- **à la demande du Souscripteur**, au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande parvienne au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié, de l'envoi recommandé électronique, faisant foi),
- **à la demande du Souscripteur ou de l'Assureur, en cas de domiciliation hors des Territoires de Résidence** définis au présent contrat. Le Souscripteur ou l'Assureur peut dénoncer le contrat en cours d'année dans les trois mois suivant la date du changement de domiciliation hors des Territoires de Résidence définis au présent contrat ou la date de sa révélation,
- **en cas de non-paiement de la cotisation**, selon les dispositions prévues à l'article 20,
- **en cas de survenance de l'état de dépendance pendant le délai d'attente** défini à l'article 12. L'intégralité des cotisations perçues depuis la souscription sera alors remboursée dans un délai de 30 jours, sauf s'il est prouvé que les déclarations à la souscription avaient un caractère volontairement frauduleux comme défini à l'article 7,
- **au jour du décès du Souscripteur**.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification ou au jour du décès, en cas de décès. L'Assureur rembourse au Souscripteur la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque en assurance dépendance n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 7 – Obligations déclaratives et nullité du contrat

- **Le Souscripteur changeant de domicile au cours du contrat doit informer l'Assureur par lettre recommandée de sa nouvelle adresse. À défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu par l'Assureur produiront toutes leurs effets dans les délais normaux, le cachet de la poste attestant de la date d'envoi, faisant foi.**
- **Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera nul et les cotisations versées resteront acquises à l'Assureur.**

Toutefois, conformément à l'article L132-26 du Code des assurances, l'erreur sur l'âge du Souscripteur n'entraîne la nullité du contrat que lorsque son âge véritable se trouve, lors de la souscription du contrat, en dehors des limites fixées à l'article 3.

Dans tout autre cas si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le montant garanti est réduit, en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du Souscripteur.

Si la cotisation payée est supérieure à celle qui aurait dû être acquittée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de cotisation qu'il a reçue en trop sans intérêt.

TITRE II – GARANTIES

Les garanties sont acquises en France métropolitaine, en Corse, dans les Départements et région d'Outre-Mer.

Article 8 – La garantie dépendance

8.1 Définition de l'état de dépendance

L'état de dépendance est l'impossibilité médicalement constatée, d'accomplir, sans l'aide d'une tierce personne, un certain nombre d'actes élémentaires de la vie quotidienne parmi les 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, définis ci-après et dont l'état de santé est consolidé :

Activités corporelles et mentales (discriminantes) :

Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société.

Se repérer dans l'espace et le temps.

Faire sa toilette.

S'habiller, se déshabiller.

Se servir et manger.

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.

Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre.

Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie.

Se déplacer en dehors du lieu de vie.

Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin.

L'état de dépendance est évalué dans le cadre du présent contrat par référence à la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources), décrite en annexe 2.1 et 2.2 du Code de l'action sociale et des familles, que le demandeur soit éligible ou non à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.). Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits « iso-ressources » (GIR).

La reconnaissance de l'état de dépendance est constatée par le Médecin conseil de l'Assureur par référence aux groupes GIR mentionnés ci-dessous.

Au sens du présent contrat, est reconnu en état de **dépendance totale**, l'assuré dont l'état est consolidé sans possibilité d'amélioration et qui est classé par l'Assureur dans les groupes iso-ressources 1 ou 2 (GIR 1 ou 2).

Est reconnu en état de **dépendance partielle**, l'assuré dont l'état est consolidé sans possibilité d'amélioration et qui est classé par l'Assureur dans le groupe iso-ressources 3 ou 4 (GIR 3 ou 4) de la grille AGGIR.

Les définitions des quatre premiers groupes sont les suivantes :

- Le GIR 1 comprend les personnes en fin de vie ou les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 concerne les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui sont capables de se déplacer et qui nécessitent une surveillance permanente.
- Le GIR 3 réunit les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
- Le GIR 4 intègre les personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement, et qui ont besoin d'aides pour la toilette et l'habillement, ou les personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidées pour les soins corporels et les repas.

Dans tous les cas, la dépendance doit être consolidée, c'est-à-dire qu'au moment de l'évaluation, l'état de santé du demandeur doit être considéré comme ne pouvant plus s'améliorer dans le temps, soit spontanément, soit par le fait d'un traitement.

8.2 Capital dépendance

En cas de reconnaissance de l'état de dépendance totale ou partielle de l'assuré par le Médecin conseil de l'Assureur, l'Assureur verse à l'assuré, à l'expiration du délai de franchise prévu à l'article 13, un capital, tel que figurant sur le Certificat d'Adhésion, éventuellement augmenté ou diminué au cours du contrat.

L'Assureur verse à l'assuré un capital correspondant à :

- 100 % du capital figurant sur le Certificat d'Adhésion en cas de reconnaissance d'un état de dépendance de l'assuré classé par l'Assureur en GIR 1 ou 2,
- 50 % du capital figurant sur le Certificat d'Adhésion, en cas de reconnaissance d'un état de dépendance de l'assuré classé par l'Assureur en GIR 3,
- 25 % du capital figurant sur le Certificat d'Adhésion, en cas de reconnaissance d'un état de dépendance de l'assuré classé par l'Assureur en GIR 4.

Le versement du Capital dépendance met fin à la garantie décès.

Article 9 – La garantie décès

9.1 Le montant de la garantie décès

En cas de décès du Souscripteur **avant la reconnaissance d'un état de dépendance**, l'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s), 10 % du capital figurant sur le Certificat d'Adhésion, éventuellement augmenté ou diminué au cours du contrat.

Le versement du capital met fin à l'ensemble des garanties assurées par le présent contrat.

9.2 Les bénéficiaires

9.2.1 La désignation de bénéficiaires contractuelle

À défaut de désignation personnalisée du bénéficiaire formalisée par le Souscripteur ou si la désignation est devenue caduque ou en cas de décès de tous les bénéficiaires désignés avant le décès du Souscripteur, le(s) bénéficiaire(s) du capital sont :

- le conjoint survivant du Souscripteur à condition qu'il ne soit pas séparé de corps judiciairement au moment du décès ou le partenaire du Souscripteur lié par un PACS ou le concubin du Souscripteur, à condition qu'il ne soit pas séparé au moment du décès,
- à défaut, les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non, du Souscripteur, par parts égales entre eux,
- à défaut le père et la mère, du Souscripteur par parts égales entre eux ou le survivant d'entre eux,
- à défaut, les héritiers du Souscripteur, par parts égales entre eux, y compris ceux qui ont renoncé à la succession.

9.2.2 La désignation de bénéficiaires personnalisée – la modification de la désignation

Le Souscripteur peut, s'il le souhaite, désigner toute autre personne, fixer un ordre d'attribution et de partage du capital différent ou modifier sa désignation au cours du contrat notamment si la désignation n'est plus appropriée (changement de situation de famille, naissance...).

La désignation du bénéficiaire devient toutefois irrévocable en cas d'acceptation de celui-ci, avec l'accord exprès du Souscripteur, dans les formes prévues à l'article L132-9 du Code des assurances.

9.2.3 Les modalités de la désignation de bénéficiaires

La désignation du ou des bénéficiaire(s) peut être effectuée sur la demande de souscription, sur un formulaire particulier mis à disposition par l'Assureur en cas de désignation personnalisée, par acte sous seing privé ou par acte authentique. Les coordonnées du ou des bénéficiaires nommément désignés peuvent y être portées afin de permettre à l'Assureur de le(s) contacter en cas de décès.

9.2.4 Cas de caducité de la désignation personnalisée

La désignation personnalisée est caduque par la disparition du ou des bénéficiaires, par annulation du Souscripteur ou en cas de révocation prévue par le Code civil. Sans nouvelle désignation, la désignation de bénéficiaires contractuelle visée au point 9.2.1 s'applique alors.

9.2.5 Cas particuliers

En cas de décès du Souscripteur et du ou des bénéficiaires au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Souscripteur est présumé avoir survécu le dernier.

Article 10 – Montant du capital garanti dépendance

Le montant du capital est fonction du choix du Souscripteur figurant sur la demande de souscription. Celui-ci doit retenir un montant **par tranche de 5 000 euros sans pouvoir excéder un capital de 30 000 euros**.

Au cours du contrat le Souscripteur peut réduire ou augmenter le capital selon les dispositions prévues ci-après à l'article 11.

Article 11 – Modification du montant du capital garanti dépendance

Le Souscripteur peut demander l'augmentation ou la diminution par tranche de 5 000 €, du montant de son capital, dans la limite de 30 000 €.

La modification du montant du capital prend effet à la date du 1^{er} janvier suivant la demande, sous réserve que celle-ci soit adressée au moins deux mois avant le 31 octobre de l'année en cours.

En cas d'augmentation du capital, la demande devra par ailleurs être formulée avant le 31 octobre suivant le 75^e anniversaire du Souscripteur. Cette demande est considérée comme une nouvelle demande de souscription et sera alors soumise aux mêmes conditions d'acceptation, de refus médical et de prise d'effet prévue aux articles 3 et 4, qu'une nouvelle souscription de contrat, pour la partie de capital complémentaire.

En cas d'augmentation de capital, les dispositions visées à l'article 12, s'appliqueront pour la prise d'effet de ces garanties supplémentaires.

L'Assureur émet un Certificat d'Adhésion mentionnant les caractéristiques et la date de prise d'effet de la modification du contrat.

En cas de refus médical, le Souscripteur ne pourra présenter de nouvelle demande d'augmentation du capital, avant l'expiration d'un délai de deux ans, à compter de la notification du refus médical.

Article 12 – Période d'attente

Les garanties prennent effet :

- Dès la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion pour un état de dépendance dont la survenance est consécutive à un accident ;
- Après un délai d'attente **de 3 ans** à compter de la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion, pour les cas de dépendance consécutive :
 - à une affection diagnostiquée et/ou investiguée neurologique, neurodégénérative ou psychiatrique,
 - à la maladie diagnostiquée et/ou investiguée d'Alzheimer (ou tout état de démence sénile ou démence vasculaire),
 - à la maladie diagnostiquée et/ou investiguée de Parkinson,
 - ou à la maladie diagnostiquée et/ou investiguée de la sclérose en plaques.
- Pour les états de dépendance consécutif à une autre cause que celles prévues aux deux points développés ci-dessus, après un délai d'attente **de 1 an** à compter de la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion.

La prise d'effet de la garantie résultant d'une augmentation du capital intervient à l'expiration des délais d'attente précités.

En cas de survenance de l'état de dépendance pendant le délai d'attente, aucune garantie dépendance n'est accordée.

Article 13 – Franchise

Lors de la première demande de prestation de dépendance, l'Assureur ne verse la garantie dépendance que si la durée totale de l'état de dépendance, sans interruption, dépasse la période de franchise.

Cette franchise a une durée de 3 mois qui commence à courir à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la date de début de l'état de dépendance reconnue à un niveau indemnisable par le Médecin conseil de l'Assureur.

La franchise n'est pas appliquée lorsque l'assuré en état de dépendance partielle indemnisé par l'Assureur passe en état de dépendance totale.

Article 14 - Revalorisation du garanti dépendance

La revalorisation du capital garanti en cas de dépendance ou de décès s'effectue sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite Agirc-Arrco constaté entre le 1^{er} juillet de l'exercice au cours duquel le contrat a pris effet et le 1^{er} juillet, date de la revalorisation.

Ces revalorisations sont effectuées dans la limite du fonds de revalorisation du contrat Capital dépendance, objet des présentes Conditions Générales.

Article 15 - Exclusions

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les sinistres qui résultent :

1. de la tentative de suicide de l'assuré,
2. du suicide de l'assuré survenu dans la première année qui suit la date d'effet du contrat ou de l'augmentation du capital pour la partie complémentaire,
3. d'accidents, blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré,
4. d'un fait intentionnellement causé ou provoqué par un bénéficiaire, en cas de décès de l'assuré,
5. d'un fait intentionnel de l'assuré provoquant une dépendance,
6. de risques aériens se rapportant à :
 - des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids,
 - des vols d'essai, vols sur prototype,
 - des vols effectués avec un deltaplane ou un engin Ultra Léger Motorisé (ULM),
 - des sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente,
 - des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
 - des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel équivalent, si le matériel ou le vol ou le saut ne sont pas homologués, sauf accord exprès de l'Assureur,
7. directement ou indirectement de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
8. de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, de courses, de rallyes de vitesse, démonstrations ou acrobaties,
9. des conséquences de la participation volontaire et violente de l'assuré à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, de rixes, sauf cas de légitime défense et assistance à personne en danger, et des jeux et paris,
10. de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants ou de produits toxiques non prescrits médicalement,
11. directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome,
12. des conséquences de l'état pathologique caractérisé par l'alcool-dépendance ou une alcoolopathie,
13. d'un accident causé par l'assuré conduisant un véhicule sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre, défini à l'article R.234-1 du Code de la route, sauf si le(s) bénéficiaire(s) apporte(nt) la preuve que cette concentration d'alcool n'a eu aucun lien de cause à effet avec la réalisation de l'accident,

14. de l'état de dépendance tel que défini à l'article 8.1, survenu antérieurement, à la date de souscription du contrat.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

TITRE III - COTISATIONS ET FRAIS

Article 16 - Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction du montant du capital souscrit, ainsi que de l'âge du Souscripteur, atteint à la date d'effet du contrat.

L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance du Souscripteur.

Elle est forfaitaire et exprimée en euros. Elle n'évolue pas annuellement en fonction de l'âge du Souscripteur.

En cas d'augmentation du capital, le montant de la cotisation correspondant à la partie de capital complémentaire est déterminé en fonction de l'âge du Souscripteur atteint à la date d'effet de la demande d'augmentation.

En cas de diminution du capital, le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge du Souscripteur atteint à la date d'effet de la souscription initiale.

Article 17 - Paiement des cotisations

La cotisation et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance selon les modalités fixées sur la demande de souscription, et notamment par prélèvement automatique selon la périodicité retenue par le Souscripteur.

Si la date d'effet du contrat ne coïncide pas avec le 1^{er} janvier de l'année civile, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'à la fin de l'exercice. Tout mois commencé est dû intégralement.

En cas de survenance de l'état de dépendance pendant le délai d'attente défini à l'article 12, l'intégralité des cotisations perçues depuis la souscription est remboursée dans un délai de 30 jours, sauf s'il est prouvé que les déclarations à la souscription avaient un caractère volontairement frauduleux comme défini à l'article 7.

Article 18 - Exonération des cotisations

En cas de décès de l'assuré ou en cas de reconnaissance de l'état de dépendance totale par l'Assureur dans le groupe iso-ressources 1 ou 2 (GIR 1 ou 2) défini à l'article 8, les cotisations cessent d'être dues, à compter de l'évènement ou de la reconnaissance de la dépendance.

Article 19 - Révision des cotisations

Les cotisations étant fixées en fonction du montant du capital garanti, elles évoluent à chaque échéance annuelle dans les mêmes conditions que celui-ci lors de sa revalorisation.

Les cotisations sont réexaminées par l'Assureur en fin d'année et peuvent être modifiées de la part de l'Assureur notamment, si les résultats techniques et/ou financiers du contrat le requièrent ou encore à raison des évolutions des statistiques relatives au risque en assurance dépendance.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par l'Assureur en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale et de celle relative à la fiscalité.

La révision des cotisations fait l'objet d'un avenant signé par les parties au contrat.

Le Souscripteur dispose d'un délai d'un mois avant la date de prise d'effet de la révision des cotisations pour refuser, par l'envoi d'une lettre recommandée cette révision. Dans ce cas, le contrat sera résilié ou mis en réduction selon les dispositions de l'article 21.

En tout état de cause, l'assureur exclut l'application de l'article 1195 du Code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016 et applique exclusivement les dispositions figurant ci-avant.

Article 20 - Défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée ou un recommandé électronique par lequel il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de cette lettre le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne la résiliation du présent contrat.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Assureur se réserve le droit d'appliquer des intérêts de retard égaux à 1 % des sommes dues par mois de retard, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité.

Article 21 - Maintien partiel des garanties

En cas d'arrêt de paiement de la cotisation, les garanties sont maintenues pour un montant de capitaux dépendance et décès réduits, sous réserve du paiement effectif de la cotisation pendant **au moins 5 années**.

Le montant du Capital dépendance réduit sera déterminé en fonction du nombre de cotisations déjà versées et de l'âge de l'assuré à la date de réduction.

Dès lors que cinq années de cotisations ont été payées, le Souscripteur peut également demander la réduction de sa garantie initiale.

TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 22 - Conditions de versement des prestations

22.1 Paiement des cotisations

Pour que le bénéficiaire puisse bénéficier des prestations, le Souscripteur doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du contrat Capital dépendance.

22.2 Conditions de versement de la garantie dépendance

22.2.1 Reconnaissance de l'état de dépendance

En cas de survenance d'un état de dépendance, il appartient à l'assuré ou à une personne de son entourage d'adresser à l'Assureur, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur, le formulaire de « demande de prestation de dépendance », complété et signé par le médecin traitant ou hospitalier de l'assuré.

Un questionnaire d'appréciation et d'évaluation d'un état de dépendance est adressé en retour. Ce document est à faire compléter par le médecin traitant ou hospitalier de l'assuré et à retourner, sous pli confidentiel, au Médecin conseil de l'Assureur.

La reconnaissance de l'état de dépendance relève de l'expertise du Médecin conseil de l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire qui lui serait nécessaire pour l'étude du dossier ainsi que de faire procéder à tout examen complémentaire par un médecin désigné par l'Assureur en dehors du médecin traitant, l'assuré demandant à bénéficier des prestations. En cas de refus de l'assuré ou de son représentant, celui-ci perd tout droit à garantie.

22.2.2 Notification de l'état de dépendance

Le Médecin conseil de l'Assureur se prononce sur l'existence d'un état de dépendance au vue des pièces constitutives du dossier et du rapport de visite médical d'expertise éventuel.

L'Assureur notifie alors sa décision à l'assuré par courrier.

22.2.3 Procédure d'arbitrage

L'assuré en désaccord avec la décision de l'Assureur, doit adresser dans les 30 jours suivant la notification une contestation au service médical de l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception et demander expressément la mise en place d'une procédure d'arbitrage.

Un troisième médecin désigné par le Médecin conseil de l'Assureur et le médecin traitant de l'assuré est choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance, dans le ressort duquel se situe le domicile de l'assuré, saisi sur demande de la partie la plus diligente.

La décision du médecin arbitre s'impose à l'assuré et à l'Assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

22.2.4 Modification du niveau de dépendance

Le niveau de l'état de dépendance peut évoluer en fonction d'une modification de l'état de santé de l'assuré entraînant un changement dans le niveau de versement du capital. Un nouveau dossier médical sera alors constitué.

Toutefois, des changements temporaires dans l'état de santé de l'assuré ne donnent pas lieu à un changement du niveau de dépendance reconnu. Un changement dans l'état de santé de l'assuré n'est plus considéré comme temporaire s'il dure plus de trois mois.

22.3 Pièces justificatives

Le bénéficiaire de la garantie dépendance ou de la garantie décès est tenu, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Assureur les déclarations et pièces justificatives suivantes :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestation en cas de...	Décès	Dépendance
Certificat médical précisant la cause du décès (maladie ou accident, origine de la maladie, date de l'accident ou de la première constatation médicale de la maladie, date et nature du décès).	✓	
Original de l'extrait d'acte de décès.	✓	
Acte de dévolution successorale.	✓	
En cas d'accident ou de suicide, rapport de gendarmerie.	✓	
Copie du livret de famille du Souscripteur.	✓	
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...).	✓	
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire.	✓	
Attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité.	✓	
Justificatif de domicile commun en cas de concubinage (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance).	✓	
Tout document certifiant l'attribution à l'assuré d'une prestation attribuée par les pouvoirs publics et indiquant le Groupe Iso-Ressources.		✓
Tout nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'assuré en cas d'aggravation de la situation.		✓
En cas de dépendance consécutive à un accident survenant 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.		✓
Une déclaration de l'état de perte d'autonomie.		✓
Une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité du Souscripteur.		✓
Toute pièce complémentaire jugée utile par l'Assureur.	✓	✓

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

22.4 Délai de demande de prestations

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessus, doivent être produites à l'Assureur dans un délai maximum de :

- Pour la garantie Capital dépendance, **deux ans** suivant la survenance d'un état de dépendance.
- Pour la garantie décès, dix ans, à compter de la date du décès du Souscripteur ou de la date à laquelle les bénéficiaires en ont connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations. En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'organisme Assureur, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part du (des) bénéficiaire(s) sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'organisme Assureur, six mois avant l'expiration du délai précité. Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'organisme Assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignations doivent être formulées auprès de cette dernière. Les sommes en cas de décès non réclamées sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Article 23 – Délai de versement des prestations

23.1 Paiement du capital garanti en cas de dépendance de l'assuré

La reconnaissance par l'Assureur de l'état de dépendance donne droit à la perception par l'assuré du Capital dépendance tel que figurant sur le Certificat d'Adhésion.

Le montant de la prestation est versé après une période de franchise continue de 3 mois applicable selon les modalités définies à l'article 13.

L'Assureur verse la prestation au Souscripteur dans les 30 jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces justificatives.

23.2 Paiement du capital garanti en cas de décès de l'assuré

À compter de la date du décès du Souscripteur ouvrant droit au versement du capital décès, celui-ci est revalorisé jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations, visées à l'article 22.3. La revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital non versé par l'Assureur produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du Souscripteur, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants⁽¹⁾ :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces précitées nécessaires au règlement des capitaux, l'Assureur verse les prestations en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

TITRE V DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 24 – Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que le jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action du Souscripteur du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Souscripteur, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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 lequel 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 recommandé électronique avec avis de réception par l'Assureur au Souscripteur en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception par le Souscripteur ou ses ayants droit à l'Assureur en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le Souscripteur.

Malgré les dispositions du 2° ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès du Souscripteur.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-avant ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

Article 25 – Souscription à distance – informations complémentaires

25.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le Souscripteur, dont le coût est supporté par ses soins.

25.2 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde l'Assureur pour établir les relations précontractuelles avec le Souscripteur, ainsi que celle applicable au contrat notamment pour son interprétation ou son exécution.

La compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

25.3 Langue utilisée

L'Assureur et le Souscripteur conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.

25.4 Fonds de garantie

Le Souscripteur est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L. 423-1 et suivants du Code des assurances.

Article 26 – Demandes d'informations – Réclamations – Médiation

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent contrat, le Souscripteur peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre accompagnant le Certificat d'Adhésion.

¹ Le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

Pour toute réclamation concernant l'application du contrat, le Souscripteur peut contacter l'Assureur à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

Malakoff Humanis Assurances
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les correspondances adressées par votre centre de gestion

À compter de la réception de la réclamation, l'Assureur apporte une réponse circonstanciée au Souscripteur, dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Assureur adresse au Souscripteur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur et après épuisement des voies de recours internes le Souscripteur ou les bénéficiaires, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Assureur, peuvent saisir le Médiateur de la Médiation de l'Assurance, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris cedex 09
Site internet : www.mediation-assurance.org

(onglet « saisir le médiateur » pour accéder au formulaire de saisie par voie électronique).

L'avis du médiateur est remis aux parties dans un délai de trois mois à compter de sa saisine.

Les parties n'ont pas l'obligation de respecter l'avis du médiateur.

Tout recours contentieux engagé par l'une des parties et ayant le même objet que la saisine du médiateur met immédiatement fin à la procédure de médiation.

Article 27 – Contrôle de l'assureur

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

Article 28 – Dispositions diverses

28.1 Confidentialité

L'Assureur est tenu à la confidentialité, pendant la durée du contrat et après son extinction pendant une durée de cinq années, dans la mesure où il gère, pour l'exécution du contrat, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

28.2 Protection des données à caractère personnel

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 et les bénéficiaires sont informés par Malakoff Humanis Assurances », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

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

1. Les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'assuré et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;

- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré et les bénéficiaires ;
- 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 la non ré-identification de l'assuré et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, 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).
- la proposition à l'assuré et les bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré et des bénéficiaires 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.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

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

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 et les bénéficiaires 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, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent⁽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 des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'assuré et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'assuré et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent 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 par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'assuré et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son 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 et les bénéficiaires disposent 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.

28.3 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales et son annexe,
- la demande de souscription dûment complétée et signée par le Souscripteur,
- le Certificat d'Adhésion,
- les avenants et lettres-avenant.

En cas de contradiction entre les dispositions de la demande de souscription et celles du Certificat d'Adhésion, ce sont celles du Certificat d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles des Conditions Générales n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite mais cela n'affectera en aucun cas la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

En cas d'évolution réglementaire, le présent contrat pourra être modifié. Toute modification fera l'objet d'un avenant signé par les parties.

Capital dépendance

Annexe 1 aux Conditions Générales référéncées CG/HA/Capital dépendance/01.2017

Annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles, modifiée par Décret n°2008-821 du 21 août 2008.

Guide d'évaluation de la personne âgée en perte d'autonomie

Nom de naissance (en majuscules) :	Prénom :
Nom marital (s'il y a lieu) :	Date de naissance :
Adresse :	
Numéro de téléphone :	Numéro de digicode :
• 1 ^{ère} demande	• renouvellement
Date de la visite :	
Effectué par :	
Médecin traitant :	
Soins et aides existants	
Hébergement en établissement	avec convention tripartite
	sans convention tripartite
Soins par des infirmiers libéraux	
Service de soins infirmiers à domicile	
Aide-ménagère (en heures par mois)	
Garde à domicile (en heures par mois)	jour
	nuit
Portage de repas (en nombre par mois)	
Téléalarme	
Dépannage	
Autre service (précisez)	
Aides techniques	fauteuil roulant
	cannes
	déambulateur
	lit médicalisé
	lève-malade
	matériel à usage unique pour incontinence
	autres (précisez)

Grille nationale AGGIR

Variables discriminantes	
Cohérence :	converser et/ou se comporter de façon sensée
Orientation :	se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux
Toilette :	concerne l'hygiène corporelle
Habillage :	s'habiller, se déshabiller, se présenter
Alimentation :	manger les aliments préparés
Élimination :	assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
Transferts :	se lever, se coucher, s'asseoir
Déplacement à l'intérieur :	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...
Déplacement à l'extérieur :	à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport
Communication à distance :	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...
Variables illustratives (perte d'autonomie domestique et sociale)	
Gestion :	gérer ses propres affaires, son budget, ses biens
Cuisine :	préparer ses repas et les conditionner pour être servis
Ménage :	effectuer l'ensemble des travaux ménagers
Transport :	prendre et/ou commander un moyen de transport
Achat :	acquisition directe ou par correspondance
Suivi du traitement :	se conformer à l'ordonnance du médecin
Activités de temps libre :	activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps

Entourage		
Réseaux personnels	vit seul(e)	
	vit avec une personne dépendante	
	vit avec une personne autonome	
	sans contact avec sa famille	
	sans voisinage ou voisinage indifférent	
	commerces inaccessibles	
	absence de réseaux personnels	le week-end
Absence de réseaux professionnels	le week-end	
	les vacances	
Habitat		
Type	rural dispersé	
	appartement	ordinaire
		en logement-foyer
		autre
maison individuelle		
Accessibilité	étage sans ascenseur	
	présence de marches ou de niveaux différents	
	sols défectueux	
Sanitaires	absence eau courante	
	absence eau chaude	
	WC extérieurs ou absents, WC non adaptés	
	absence de salle de bains	
baignoire ou douche inadaptée		
Chauffage	problème approvisionnement	
	chauffage défectueux ou inexistant	
Équipement	électro-ménager insuffisant	
	meublement insuffisant	
	absence de téléphone	
	logement trop petit	
	logement insalubre	

Aides proposées			Fréquence
Aide à domicile	aide-ménagère (en heures par mois)		
Type :	garde à domicile	jour	
	(en heures par mois)	nuite	
Accueil temporaire			
Portage de repas (en nombre par mois)			
Téléalarme			
Adaptation du logement			
Blanchisserie à domicile			
Transport			
Dépannage, petits travaux			
autre service (précisez)			
Aides techniques	fauteuil roulant		
	cannes		
	déambulateur		
	lit médicalisé		
	lève malade		
	matériel à usage unique pour incontinence		
autres (précisez)			
OBSERVATIONS DE L'ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE			



MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES

Société Anonyme au capital de 23 565 660 Euros entièrement libéré -
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris 447 883 661
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - malakoffhumanis.com