

**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 pré contractuelle et contractuelle.**

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

Le contrat n°3997 est un contrat d'assurance groupe à adhésion facultative souscrit par l'A.F.M.C.C au profit de ses adhérents et destiné à garantir le versement d'un capital forfaitaire en cas de survenance d'un cancer. La garantie CANCER peut être souscrite jusqu'à 65 ans inclus.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

#### La GARANTIE PREVUE :

##### ✓ La garantie cancer

Le versement du montant de la prestation selon la formule choisie lors de l'adhésion.

- Formule 1 : Cancer : 10 000 € (dix mille euros)
- Formule 2 : Cancer : 15 000 € (quinze mille euros)
- Formule 3 : Cancer : 20 000 € (vingt mille euros)

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur pour un même Assuré, quel que soit le nombre de contrats d'assurance souscrits pour couvrir le même risque est limité à 20 000 (VINGT MILLE) euros.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ les tumeurs pT a et pT b de la prostate ;
- ✗ les mélanomes superficiels (SSM) dont l'indice de Breslow est inférieur à 0,70 mm avec un index de Clark de niveau I ;
- ✗ toutes les tumeurs qui sont histologiquement classées comme bénignes, carcinome in situ, pré-malin, dites « in situ » ou non invasives (n'ayant pas franchies les limites du tissu originel), ou présentant un faible potentiel malin, exception faite des cancers du sein in situ dans leur forme lobulaire qui sont couverts.
- ✗ Les tumeurs traitées par des procédures endoscopiques seules et des tumeurs urinaires qui n'ont pas envahi la couche musculaire (Tis et Ta);
- ✗ Tumeurs de la peau à l'exception du mélanome malin supérieur à 0,7 mm Breslow et / ou histologiquement décrite par la septième édition de l'AJCC classification TNM supérieure à l'étape T1aN0M0;
- ✗ Toutes les tumeurs de la prostate, à moins qu'elles ne soient classées histologiquement comme ayant un score de Gleason supérieur à 6 ou ayant atteint au moins la classification TNM clinique T2N0M0;
- ✗ Tumeur de la thyroïde à ses stades précoces mesurant moins de 2 cm de diamètre et histologiquement décrite comme T1N0M0 de la classification TNM de la septième édition de l'AJCC ;
- ✗ Leucémie lymphoïde chronique sauf si histologiquement classifiée comme ayant progressé à au moins Binet stade A



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! les états pathologiques résultant de l'utilisation ou de la prise intentionnelle par l'Assuré de :
  - tout médicament ou narcotique contraire aux indications prescrites sur ordonnance par un médecin ;
  - toute substance toxique ou nocive, y compris l'alcool
- ! les états pathologiques résultant de la participation de l'Assuré à un acte délictuel ou criminel ;
- ! les états pathologiques résultant d'une blessure auto-infligée ainsi que les blessures auto-infligées intentionnellement et les conséquences d'une tentative de suicide ;
- ! les états pathologiques résultant d'une guerre, invasion, hostilités (que l'état de guerre ait été déclaré ou non), guerre civile, rébellion, révolution ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire ;
- ! les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale ;
- ! les problèmes de santé préexistants : aucune prestation ne sera versée si l'Assuré vient à souffrir d'une pathologie couverte par le contrat pendant la période de 24 (VINGT QUATRE) mois suivant la date d'effet du contrat ou la date de remise en vigueur du contrat la plus récente si ladite pathologie résulte directement ou indirectement d'un problème de santé préexistant ou y est liée de quelque manière que ce soit. L'expression « Problème de santé préexistant » désigne toute affection ou tout état pathologique ayant été diagnostiqué à l'Assuré ou pour lequel l'Assuré a reçu un traitement, a été hospitalisé ou a été suivi par un médecin, ou pour lequel il lui a été conseillé de se faire traiter ou de consulter un médecin, s'est vu prescrire ou a pris un traitement ou a subi des examens, ou dont il a présenté des symptômes ou des signes dans les 24 (VINGT QUATRE) mois précédant la date d'effet du contrat.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- Délai d'attente de 90 jours suivant la date d'effet de l'adhésion



## Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie CANCER s'exerce dans le monde entier.



## Quelles sont mes obligations ?

### A la souscription du contrat

- Etre âgé de plus d 18 ans et d'au moins 55 ans et avoir sa résidence en France Métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)
- Choisir le montant de la prestation garantie en fonction du cancer diagnostiqué assuré parmi les quatre formules

### En cours de contrat

- Payer ses cotisations

### En cas de sinistre

- adresser une déclaration accompagnée des pièces mentionnées dans la Notice d'information dans la section « DOCUMENT A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE »
- Fournir toutes les pièces complémentaires demandées par l'assureur nécessaires à l'étude du dossier



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables chaque mois :

- soit par prélèvement sur un compte bancaire dont l'Adhérent est titulaire ;
- soit par prélèvement sur la carte bancaire de l'Adhérent ;



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet 14 jours après la date de signature du certificat d'adhésion par l'Assuré, sous réserve du paiement de la première cotisation. La garantie prend effet après expiration d'un délai d'attente de 90 jours. (REVOIR LE WORDING DE LA NOTICE SUR LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION)

L'adhésion et les garanties prennent fin à l'égard de chaque Assuré :

- en cas de non-paiement de la cotisation par l'Adhérent, après application des dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances ;
- au 1er jour du mois qui suit l'échéance mensuelle en cas de dénonciation par l'Assuré dans les 30 (TRENTE) jours suivant la réception du courrier l'informant de la modification du contrat d'assurance à la suite d'une disposition législative ou réglementaire ou d'une révision de la cotisation,
- à l'échéance principale de l'adhésion, par l'envoi d'un courrier recommandé à l'Assuré 2 (DEUX) mois avant la date anniversaire de son adhésion,
- au jour du décès de l'Assuré ;
- en cas de changement de résidence principale ou fiscale de l'Assuré, conformément à l'article 6 « Territorialité » ;
- à la date anniversaire de l'adhésion, en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat entre PARTENA et AXA France IARD et Axa France VIE ;
- au 1er jour du mois de l'échéance mensuelle suivant la réception par PARTENA de la demande de résiliation par l'Adhérent,
- en cas de versement de la prestation suite à la survenance d'une Cancer garantie ;  
et au plus tard,
- le 1er jour du mois de l'échéance mensuelle qui suit le 66ème anniversaire de l'Assuré,



## Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment, à l'issue de la première année d'assurance, en contactant PARTENA Assurances, 15 avenue de Lattre de Tassigny, 57000 METZ au 03 87 69 03 33, ou en adressant une lettre en recommandé à PARTENA Assurances SARL 15 avenue de Lattre de Tassigny 57000 METZ ou un e-mail de résiliation à l'adresse suivante : [continue@partena.fr](mailto:continue@partena.fr). La résiliation prendra effet à l'échéance mensuelle qui suit la date de réception de cette lettre ou de cet e-mail par PARTENA.