GARANTIE CRÉDIT PRO

NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance groupe en cas de décès à adhésion facultative souscrit et distribué par la BRED Banque Populaire (la Banque) auprès de PREPAR-VIE (l'Assureur).

TITRE I - PRESENTATION DU CONTRAT

Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance groupe sur la vie à adhésion facultative (branche 20), régi par le Code des assurances, est souscrit auprès de l'Assureur par la Banque qui propose à ses clients ou sociétaires d'y adhérer (CP/30 020). Il a pour objet de garantir aux bénéficiaires définis à l'article 7, le versement d'un capital EN CAS DE DECES ou DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE de la personne assurée.

Article 2 - Effet - Durée - Renouvellement du contrat

Le présent contrat prend effet le 1er janvier 2006 et expire le 31 décembre 2006.
Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction pour un an, le 1er janvier de chaque année, à défaut de dénonciation par l'une ou l'autre des parties signifiée par lettre recommandée au plus tard le 30 septembre précédant la date de renouvellement.

TITRE II - ADHESION AU CONTRAT

Article 3 - Qui peut être adhérent ?

Toute personne physique ou morale, titulaire d'un compte bancaire BRED Banque Populaire, peut adhérer au présent contrat.

Elle remplit, date et signe, à cet effet, un bulletin d'adhésion en utilisant l'imprimé approprié, remis par la Banque, qui comporte en outre une autorisation de prélèvement sur son compte bancaire, à concurrence du montant de la cotisation due.

La Banque s'engage à remettre simultanément à l'Adhérent, conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, une notice d'information définissant les garanties ainsi que les droits et obligations de l'Adhérent et de l'assuré.

Les co-titulaires d'un compte joint ou collectif peuvent adhérer ensemble au contrat. Il s'agit d'une co-adhésion pour laquelle les co-adhérents sont également les co-assurés.

Il ne peut y avoir qu'une adhésion au titre du présent contrat par compte bancaire servant de support à l'adhésion.

Article 4 - Qui peut être assuré ?

L'Assuré est la personne dont le décès ou l'invalidité absolue et définitive conditionne le versement du capital.

La personne présentée à l'assurance doit remplir certaines conditions :

4.1 Etre une personne physique

- Lorsque l'Adhérent est une personne physique, il peut désigner comme personne assurée, soit lui-même, soit une autre personne physique.
- Lorsque l'Adhérent est une personne morale, il doit obligatoirement désigner une personne physique comme personne assurée.

4.2 Avoir moins de 64 ans à l'adhésion

Pour l'application de toutes les dispositions du présent contrat, l'âge de chaque Assuré est déterminé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de sa naissance.

4.3 Remplir les conditions d'admissibilité à l'assurance

Ces conditions sont fonction d'un montant maximum de capitaux garantis pour un même Assuré, toutes adhésions confondues, au titre du présent contrat.

a) Le montant maximum des capitaux garantis ne dépasse pas 22 870 €

La personne à assurer est admissible au bénéfice de l'assurance si elle déclare satisfaire les conditions posées ci-après :

- ne pas être atteinte d'une affection grave ou chronique,
- ne pas être ou ne pas avoir été au cours des deux dernières années, pour cause d'accident ou de maladie et pour une période de plus de 15 jours, en arrêt de travail ou hospitalisée pour une intervention chirurgicale.

Dans le cas contraire, elle n'est pas admissible à l'assurance.

b) Le montant maximum des capitaux garantis dépasse 22 870 €

La personne à assurer est tenue de compléter, **préalablement** à son adhésion, la déclaration de santé remise par la contractante.

Elle est admissible au bénéfice de l'assurance si le rapport poids/taille est conforme aux normes de l'assurance et si toutes les réponses aux questions contenues dans la déclaration de santé sont négatives.

Dans le cas contraire, elle n'est pas admissible à l'assurance.

Important : toute fausse déclaration, indication ou réticence intentionnelle de nature à atténuer l'importance du risque de la personne à assurer, entraîneraient la nullité ou la réduction de l'assurance (articles L.113-8, L.113-9 et L.132-26 du Code des assurances).

4.4 Consentir à l'assurance

Lorsque l'Adhérent, titulaire du compte BRED Banque Populaire, désigne comme personne à assurer une autre personne, conformément à l'article L.132-2 du Code des assurances, cette dernière est tenue de donner son consentement par écrit pour être garantie contre le risque de décès. La personne à assurer signe conjointement à cet effet le bulletin d'adhésion.
Dans le cas contraire, le bulletin d'adhésion est rejeté.

Article 5 - Quand l'adhésion prend-elle effet ?

L'adhésion prend effet selon les modalités suivantes :
Dans le cas d'une vente en face à face ou à distance, la garantie prend effet après acceptation (ou signature) de l'Assuré des conditions particulières ou bulletin d'adhésion et paiement de la première cotisation et sous réserve que la personne à assurer ait satisfait aux conditions d'admissibilité à l'assurance **dans le cadre d'une adhésion individuelle.** A défaut de paiement au moment de l'acceptation des conditions particulières ou bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet le lendemain à zéro heure du paiement de la cotisation.

Quel que soit le mode de vente ou de paiement de la cotisation, la date d'effet correspond à la date retenue pour le débit du compte pour le paiement de la cotisation initiale figurant sur le relevé des opérations bancaires de l'assuré disponible sous bred.fr, rubrique « mes e-documents/secur e-coffre » puis « mes relevés électroniques », ou en version papier envoyé par la Banque au dernier domicile connu de l'assuré.

L'adhésion est conditionnée à la mise en place de l'une au moins des opérations bancaires ci-après, liant la Banque à l'Adhérent :

- un crédit de caisse,
- un crédit de trésorerie,
- un crédit revolving court terme,
- un crédit global d'exploitation.

Article 6 - Quelle est la durée de l'adhésion ?

Toute adhésion court pour une durée maximale d'un an, à compter de la date figurant sur le relevé des opérations bancaires.

En cas de modification de la limite maximum des capitaux garantis au cours de l'année d'adhésion, l'adhésion en cours prend fin, entraînant le remboursement du prorata de cotisation restant, correspondant à la période pour laquelle la garantie cesse d'être due. A sa place, une nouvelle adhésion prend effet, donnant lieu au paiement d'une nouvelle cotisation, sous réserve que la personne à assurer au titre de cette adhésion ait satisfait aux conditions d'admissibilité à l'assurance prévues à l'article 4.

Les garanties cessent à la fin de la période pour laquelle la cotisation a été payée, lors de la survenance de l'un des événements suivants :

- le 65ème anniversaire de l'assuré,
- la clôture du compte bancaire,
- la transformation du compte joint ou collectif en compte simple,
- la dénonciation de l'autorisation de prélèvement,
- la résiliation du présent contrat par l'une ou l'autre des parties contractantes ; l'Adhérent peut résilier son adhésion dans les conditions prévues par l'article L.113-14 du Code des assurances, et notamment par lettre ou tout autre support durable,
- la cessation de toutes les opérations bancaires convenues entre la Banque et l'Adhérent, appartenant à la liste des opérations mentionnées à l'article 5,
- en cas de radiation de la BRED Banque Populaire au registre de l'ORIAS.

TITRE III - GARANTIES

Article 7 - Risques garantis - Montant du capital versé - bénéficiaires

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré, l'Assureur verse à la Banque (bénéficiaire de 1er rang) un capital égal aux sommes qui lui sont dues dans la limite maximum convenue. Le montant de cette limite maximum est indiqué sur le bulletin d'adhésion en vigueur au moment de la mise en jeu de la garantie. Le capital en cas de décès est évalué le jour du décès. Lors d'une co-adhésion, le capital tel qu'il est déterminé ci-dessus est versé au premier risque survenu.

Le montant de la limite maximum ne peut excéder pour un même Assuré, **toutes adhésions confondues**, 50 000 €.
D'autre part, si la somme due à la Banque est inférieure à un seuil égal à 80 % de la limite maximum, l'Assureur verse aux Bénéficiaires désignés ci-après, un montant représentant la différence entre ce seuil et la somme due à la Banque.

Les Bénéficiaires :

- En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré : l'Adhérent.
- En cas de décès de l'Assuré : l'Adhérent s'il n'est pas aussi l'Assuré, et dans le cas contraire, le conjoint de l'Adhérent non séparé de corps judiciairement ; à défaut, ses descendants par parts égales entre eux, la part d'un prédécédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendants ; à défaut, à ses ascendants, par parts égales entre eux ; à défaut, à ses héritiers (clause contractuelle standard).

  La clause contractuelle standard peut être remplacée lors de l'adhésion par une clause particulière jointe au bulletin d'adhésion. La clause retenue peut être modifiée ultérieurement par avenant, à condition que le bénéficiaire n'ait pas accepté le bénéfice de l'assurance.

  Sauf volonté contraire formalisée par écrit par l'adhérent, la clause contractuelle standard du contrat s'applique par défaut, lors de la mise en jeu de la garantie, en l'absence de toute clause bénéficiaire portée à la connaissance de l'Assureur ou en cas de caducité de la clause particulière, lorsque l'Adhérent l'a choisie.

Lorsqu'il y a pluralité de Bénéficiaires, le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'Assureur.

La survenance d'un risque garanti entraîne la fin des garanties.

Modalités de revalorisation post-mortem en cas de décès

À compter de la date de connaissance du décès de l'Assuré par l'Assureur, le montant du capital décès revenant aux bénéficiaires (autre que la Banque) est automatiquement revalorisé, prorata temporis en présence de bénéficiaires personnes physiques, jusqu'à la réception de l'ensemble des pièces nécessaires au règlement ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations en application de l'article L.132-27-2 du Code des assurances.

En cas de décès de l'assuré, lorsque la somme due à la Banque est inférieure à un seuil égal à 80 % de la limite maximum et que les Bénéficiaires du montant représentant la différence entre ce seuil et la somme due à la Banque, sont des personnes physiques, le capital dû par l'assureur est automatiquement revalorisé.

Cette revalorisation post mortem court à compter de la date de connaissance du décès de l'Assuré(e) par l'Assureur, jusqu'à la réception de l'ensemble des pièces nécessaires au règlement ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations en application de l'article L.132-27-2 du Code des assurances.

Lorsqu'elle est due, cette revalorisation, nette de frais, pour chaque année civile, s'effectue à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :
a) la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
b) le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Article 8 - Information relative au(x) bénéficiaire(s)

Les dispositions du présent article valent uniquement pour la garantie en cas de décès.

L'Adhérent peut désigner le(s) bénéficiaire(s) de l'adhésion dans le bulletin d'adhésion et ultérieurement par avenant à l'adhésion. Cette désignation peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

L'Adhérent peut porter à la connaissance de l'Assureur, lors de l'adhésion ou lors d'un avenant à l'adhésion, l'adresse de tout Bénéficiaire nommément désigné, afin qu'après le décès de l'Assuré, l'Assureur puisse informer le bénéficiaire de la désignation faite à son profit. Il est recommandé à l'Adhérent de modifier les clauses bénéficiaires de son adhésion lorsqu'elles ne sont plus adaptées à sa situation personnelle. **La désignation du Bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation de celui-ci**.

Article 9 - Pièces à fournir en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Tout événement susceptible d'ouvrir droit au versement du capital doit être immédiatement déclaré à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Banque.
Les sommes dues sont réglées par l'Assureur au plus tard un mois, après réception des pièces listées ci-dessous :

- bulletin d'adhésion et de la déclaration de santé éventuelle,
- éventuel(s) avenant(s) intervenu(s) en cours d'adhésion,
- justificatif(s) de l'existence d'opération(s) bancaire(s) mentionnée(s) à l'article 5 liant l'Adhérent et la Banque, en vigueur au moment de la mise en jeu de la garantie,
- du décompte établi par la Banque des sommes dues au titre de ces opérations,
- ainsi que de toutes les autres pièces justificatives ci-après, fonction de la garantie mise en jeu.

9.1 Risque décès

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur verse, au bénéficiaire désigné, le montant du capital choisi.
Les pièces à fournir à l'Assureur sont :

- un certificat médical précisant la cause du décès,
- un extrait de l'acte de décès de l'assuré (ou tout autre document officiel attestant du décès),
- un certificat de vie signé du bénéficiaire.

9.2 Risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'Assureur verse, par anticipation, le montant du capital prévu en cas de décès, s'il est établi qu'un Assuré est en état, avant son 65ème anniversaire, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Par Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), il faut entendre l'état, à la suite d'une maladie ou d'un accident, qui place l'Assuré dans l'inaptitude totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes essentiels et ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer. La preuve de cet état incombe à l'assuré.
L'assuré doit aviser par lettre recommandée avec accusé de réception l'Assureur, dès la constatation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et au plus tard dans les 6 mois qui suivent son 65ème anniversaire.

a) Assurés exerçant une activité professionnelle salariée

L'assuré est réputé en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la date fixée sur la notification adressée par la Sécurité sociale :

- de son classement dans la 3ème catégorie d'invalides : invalides qui étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
- d'une incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne, en cas d'accident du travail.

b) Assurés exerçant une activité professionnelle non salariée

L'Assureur adresse à l'assuré un rapport médical à faire remplir par son médecin traitant.
Ce rapport médical, attestant que l'Assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie telle qu'elle est définie ci-dessus (définition de la 3ème catégorie d'invalides de la Sécurité sociale), doit préciser également le point de départ de l'invalidité ainsi que sa cause. Ces frais sont à la charge de l'assuré. L'Assureur se réserve le droit de faire procéder, par l'un de ses médecins, à une contre-visite dont il supportera les frais. L'Assuré pourra y opposer les conclusions de son médecin. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui désigné par l'Assureur, les parties intéressées choisissent un 3ème médecin dont les frais sont partagés pour moitié. Si les parties en présence ne peuvent s'entendre sur le choix d'un 3ème médecin, la partie la plus diligente fait appel au Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'assuré qui désigne ce 3ème médecin.
Les cotisations cessent d'êtres dues à compter du jour où le capital est réglé. Lorsque le capital décès a été versé par anticipation, l'adhésion est résiliée.

Article 10 - Exclusions

10.1 Sont exclus de toutes garanties :

- **les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active ;**
- **en outre, en cas de guerre où la France serait belligérante, les**

garanties décès n'auraient d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre, aucune des autres garanties ne serait accordée ;

- **le suicide de l'Assuré au cours de l'année d'adhésion ;**
- **les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;**
- **l'activité de navigant militaire ;**
- **les risques survenus lors de compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de records, conduite sur prototypes, et engins d'essais ;**
- **sauts en parachute non pratiqués dans le cadre de la Fédération Française de parachutisme ;**
- **saut à l'élastique ;**
- **pratique du parapente ;**
- **suites des maladies antérieures à la prise d'effet.**

10.2 Exclusions propres à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

N'est pas garantie, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qui résulte de l'éthylisme ou de l'usage de stupéfiants absorbés en l'absence de toute prescription médicale.

10.3 Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans tous les pays du monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit irréfutable.

Le risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est normalement couvert en France et dans tous les pays de l'Union Européenne. En dehors de ces pays, la garantie est maintenue mais le droit aux prestations (payable en euro) est suspendu jusqu'au jour de retour en France ou dans un pays de l'Union Européenne.

TITRE IV - COTISATION

Article 11 - Montant de la cotisation

Les garanties sont accordées moyennant le versement par l'Adhérent d'une cotisation dont le montant annuel ci-après est fonction du montant de la limite maximum. La taxe sur les conventions d'assurance est de 9 % en janvier 2023.

Montant de la limite maximum	Cotisation annuelle TTC
< 3 900 €	16,80 €
de 3 901 à 7 700 €	37,80 €
de 7 701 à 11 500 €	58,80 €
de 11 501 à 15 500 €	79,20 €
de 15 501 à 23 000 €	120,00 €
de 23 001 à 35 000 €	168,00 €
de 35 001 à 50 000 €	234,00 €

La tarification appliquée évolue en fonction des taxes et impôts éventuels en vigueur à l'adhésion puis en cours d'adhésion.

La Banque et l'Assureur peuvent, moyennant un délai de préavis de trois mois avant le renouvellement du contrat, demander la révision du montant annuel de cotisation.

Article 12 - Paiement de la cotisation

La cotisation est payable annuellement et d'avance par l'Adhérent. Elle est versée à l'Assureur par la Banque, seule responsable de son versement. Le mode de paiement de la cotisation est indépendant du mode choisi par la Banque pour en effectuer le recouvrement auprès des adhérents.

TITRE V - LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Article 13 - Evolution des dispositions contractuelles

Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, les présentes dispositions contractuelles pourront être modifiées par avenant d'un commun accord entre l'Assureur et la Banque.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ceux-ci seront informés par écrit, au moins trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications.

Article 14 - Renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin d'adhésion, et être remboursé intégralement, dans les trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique, s'il adresse à PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 90241 - 92981 Paris La Défense cedex, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, rédigé selon le projet suivant :

> " Madame, Monsieur, conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances, j'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat GARANTIE CREDIT PRO du …/… /…. (date de signature du bulletin d'adhésion) et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception du présent envoi. Date et signature ".

Conformément à l'article L.132-5-2 du Code des assurances : " Le défaut de remise des documents et informations prévus au présent article entraîne pour les Adhérents de bonne foi la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L.132-5-1 jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où l'*Adhérent* est informé que l'*adhésion* est conclue ".

Dans le cadre de la vente à distance, l'Adhérent dispose de 30 jours calendaires pour exercer son droit de renonciation à compter du jour où il est informé de la conclusion du contrat. Cette renonciation peut être exercée via le bordereau de renonciation figurant sur les conditions particulières ou le bulletin d'adhésion.

Article 15 - Prescription

Les articles cités ci-dessous sont ceux du Code des assurances.

Article L.114-1 : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L.114-2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription *(prévues par le Code Civil, aux article 2240 et 2246, à savoir : commandement de payer, assignation devant un tribunal, même en référé, une saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnait le droit de celui contre lequel il prescrivait)* et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 accusé de réception, adressés par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Article L.114-3 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Article 16 - Examen des réclamations - Médiation

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, service en ligne, téléphone) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

L'Adhérent peut, à tout moment, s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son contrat. Si le litige éventuel demeure, l'Adhérent peut adresser une réclamation écrite.

Selon l'objet de cette réclamation, le service en charge de son traitement diffèrera.

Pour toute réclamation relative aux circonstances de la commercialisation du contrat (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil, ...), l'Adhérent peut contacter la BRED Banque Populaire :

- par courrier à l'adresse : BRED Banque Populaire (Service Relations Clientèle) 18 quai de la Rapée 75604 Paris cedex 12 ;
- par courriel à : en remplissant le formulaire mis en ligne sur bred.fr, accessible à la rubrique « plainte/réclamation », en bas de la page d'accueil.

La BRED Banque Populaire s'engage à accuser réception de la réclamation sous les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et à répondre dans les quinze (15) jours ouvrables, à compter de la date d'envoi de la réclamation. Toutefois, si un délai supplémentaire s'avérait nécessaire à la résolution de votre dossier, Il ne saurait dépasser les soixante (60) jours calendaires prévus par la réglementation (sauf circonstances particulières dont l'Adhérent serait alors tenu informé).

Si la réclamation est d'ordre médical : La Cellule Médicale/Médecin Conseil de l'Assureur (écrire à PREPAR-VIE Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex) ;

Pour toute autre réclamation, notamment relative à la gestion de son contrat, l'Adhérent peut contacter PREPAR-VIE :

- par courrier à l'adresse suivante : PREPAR-VIE (Service Relations Clientèle) Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy, 33 Place Ronde - CS 90241 - 92981 Paris La Défense cedex ;
- par courriel à : service-relations.clientele@prepar-vie.com ;
- par téléphone au 01 41 25 40 49 (tarif fonction de votre opérateur).

PREPAR-VIE s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 (dix) jours ouvrables à compter de son envoi (en l'absence de réponse à la réclamation dans ce même délai) et à apporter une réponse le plus rapidement possible à compter de la date d'envoi de la réclamation sans dépasser le délai de 60 (soixante) jours calendaires (sauf circonstances particulières dont l'Adhérent serait alors tenu informé).

Si la réponse à sa réclamation ne satisfait pas l'Adhérent (ou en cas d'absence de réponse dans les deux mois suivant la date d'envoi de sa réclamation), ce dernier dispose de la faculté de faire appel au Médiateur compétent :

- Si la réclamation porte sur les modalités de commercialisation du contrat : Médiateur de la consommation auprès de la FNBF (Fédération Nationale des Banques Populaires), 76-78 Avenue de France, 75013 Paris ;
- Si la réclamation porte sur la gestion du contrat : le Médiateur de l'Assurance écrire à la Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 Paris cedex 09 ou adresser une demande en ligne sur le site : www.mediation-assurance.org).

Le recours au Médiateur est gratuit et s'effectue sans préjudice des autres voies d'actions légales, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de la réclamation écrite.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux, mais ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure ; le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur compétent, et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

Le Médiateur formule une proposition de solution dans un délai de 90 (quatre-vingt-dix) jours à réception du dossier complet. PREPAR-VIE et l'Adhérent restent libres de la suivre ou non.

Article 17 - Protection des données personnelles

Toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i), (v), (vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii), (iii)].

Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances.

Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou l'Assureur par courrier (PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR-IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Vous pouvez également vous inscrire au service d'opposition au démarchage téléphonique sur le portail officiel Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier (à Worldline – Service Bloctel, CS 61311, 41013 Blois Cedex).

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre notice d'information sur le traitement des données à caractère personnel, sur notre site internet https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnelles/.

Article 18 - Fiscalité

Le régime fiscal applicable est celui régissant les capitaux décès issus des contrats d'assurance-vie.

Fiscalité en vigueur au 01/01/2023, sous réserve d'éventuelles modifications ultérieures : pour les versements effectués avant les 70 ans de l'Assuré (article 990 I du Code Général des Impôts) : capitaux décès exonérés du (des) prélèvement(s) forfaitaire(s) s'agissant d'un contrat d'assurance-vie sans valeur de rachat.

Article 19 - Informations réglementées consultables sur le site Internet de l'Assureur

L'Assureur est soumis par la réglementation à différentes obligations de publication et d'information. Dans ce cadre, l'Adhérent dispose de la possibilité de consulter gratuitement (coût du fournisseur d'accès) sur le site Internet www.prepar-vie.fr, sur l'espace dédié Publications, celles des informations réglementées qui sont applicables à sa situation.

Figurent notamment sur cet espace les informations :

a) relatives aux contrats non réglés au sens de l'article L.132-9-1 du Code des assurances ;

b) concernant les possibilités temporaires de transfert d'actifs vers des engagements donnant lieu à constitution d'une provision de diversification ;

c) concernant les modalités de prise en compte dans la politique d'investissement de l'Assureur des critères relatifs au respect d'objectifs sociaux, environnementaux et de qualité de gouvernance et sur les moyens mis en œuvre pour contribuer à la transition énergétique et écologique ;

d) sur la solvabilité et la situation financière de l'Assureur ;

e) sur la politique de prévention et de gestion des conflits d'intérêts.

Ces informations sont mises à jour régulièrement par l'Assureur, l'adhérent étant invité à consulter le site à intervalles réguliers.

PREPAR-VIE
Filiale de la BRED Banque Populaire
Entreprise régie par le Code des Assurances
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance
au capital de 182 183 792 euros
Siège social : Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy - 33 Place Ronde
CS 90241 - 92981 Paris La Défense cedex
323 087 379 RCS Nanterre (LEI 969500WDOCIF97N6D206).

BRED Banque Populaire
Société Anonyme Coopérative de Banque Populaire,
régie par les articles L.512-2 et suivants du code monétaire et financier
et l'ensemble des textes relatifs aux Banques populaires
et aux établissements de crédit, au capital de 1 681 431 905,79 euros
Siège social : 18, quai de la Rapée - 75012 Paris
552 091 795 RCS Paris (LEI NICH5Q04ADUV9SN3Q390) - ident. TVA FR.09552091795
Courtier en assurance inscrit au registre de l'ORIAS sous le numéro 07003608

Réf : 006588_NI_Garantie Crédit Pro _Mai 2023- L