

BRED GARANTIE HOMME CLÉ

DÉCÈS TOUTES CAUSES/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance groupe en cas de décès N° CP/30 029 souscrit par la BRED Banque Populaire (le Souscripteur/ Distributeur, ci-après dénommé la Banque) auprès de PREPAR-VIE (l'Assureur).

Le présent contrat est régi par :

- le Code des assurances et,
- la présente Notice d'information valant conditions générales.

La Banque a souscrit ce contrat auprès de PREPAR-VIE (l'Assureur) pour le compte de ses sociétaires ou clients qui ont régularisé des conditions particulières ou un bulletin d'adhésion.

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

DÉFINITIONS

Tous les mots définis ci-après sont signalés par une majuscule.

ACCIDENT : tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérées comme des accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les Maladies, les affections suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), alors même que ces affections seraient d'origine traumatique, accidentelle.

ADHÉRENT(E) : toute personne morale, sociétaire ou client(e) de la BRED Banque Populaire, titulaire d'un compte bancaire BRED Banque Populaire, soumise à l'impôt sur les sociétés (IS) ou à l'impôt sur les revenus (IR), dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) et dont le type de société est compatible avec la souscription d'une assurance Homme Clé.

ANNÉE D'ASSURANCE : période comprise entre deux Dates d'Echéance annuelle, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque exercice civil.

ASSURÉ(E) : toute personne physique définie comme Homme Clé de l'entreprise, âgée de plus de dix-huit (18) ans et de moins de soixante-cinq (65) ans pour la garantie décès toutes causes et de plus de dix-huit (18) ans et de moins de soixante (60) ans pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

BÉNÉFICIAIRE : la personne morale adhérente désignée à ce titre sur le bulletin d'adhésion.

DATE D'ÉCHÉANCE : le 31 décembre, à minuit de chaque année.

DATE D'EFFET : au premier jour du mois suivant l'acceptation par l'Assureur sous réserve du paiement. A défaut, le lendemain à zéro (0) heure du paiement de la cotisation.

HOMME CLÉ : un ou plusieurs collaborateurs (dirigeant(s), associé(s) ou salarié(s)) de l'entreprise adhérente, ayant un rôle déterminant dans son fonctionnement et dont la disparition entraînerait une perte financière pour cette entreprise.

MALADIE : toute altération de la santé, constatée médicalement dont la première manifestation est postérieure à la Date d'effet de l'adhésion.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) : état, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, qui place l'Assuré dans l'incapacité 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.

SINISTRE : réalisation d'un événement prévu au contrat (à savoir tout Accident, cause du décès de l'Assuré), dans les douze (12) mois de sa survenance.

I - LA PRÉSENTATION DU CONTRAT

Article 1 - L'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. Il a pour objet de garantir, à l'entreprise Adhérente, le versement d'un capital en cas de Décès Toutes Causes ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de la personne assurée, définie comme Homme Clé de la personne morale, pour compenser les frais et pertes entraînés par son Décès ou sa Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Article 2 - Effet - Durée - Renouvellement du contrat

Le contrat prend effet le 1^{er} octobre 2019 et expire le 31 décembre 2019.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, pour un an le 1^{er} 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.

II - L'ADHÉSION AU CONTRAT

Article 3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Toute personne morale, sociétaire ou cliente de la Banque, titulaire d'un compte bancaire BRED Banque Populaire, répondant à la définition ci-dessus, peut adhérer au présent contrat.

Article 4 - Quelle est la personne à assurer ?

La personne à assurer doit être :

- une personne physique, Homme Clé de l'entreprise Adhérente,
- âgée, à l'adhésion, d'au moins 18 ans, et ne doit pas dépasser :
 - 60 ans pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ,
 - 65 ans pour la garantie Décès Toutes Causes.

Elle est assurée, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à :

- ses 75 ans, pour la garantie Décès Toutes Causes ,
- ses 65 ans, pour la garantie de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Pour l'application de toutes les dispositions du contrat, l'âge de chaque Assuré est déterminé au 1^{er} janvier de chaque année par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de sa naissance.

Article 5 - Comment adhérer ?

L'adhésion est établie sur la base des déclarations de l'Assuré(e).

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré(e) entraîne l'application de l'article L.113-8 du Code des assurances.

Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'Assuré(e) dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne l'application de l'article L.113-9 du Code des assurances.

Toute erreur sur l'âge de l'Assuré entraîne l'application de l'article

L.132-26 du Code des assurances.

• Le bulletin d'adhésion

L'adhésion au contrat BRED Garantie Homme Clé est possible :

- en vente en face à face (via un bulletin d'adhésion papier ou dématérialisé) et

- en vente à distance (VAD) électronique ou courrier.

Lorsque le représentant légal de l'Adhérent est également l'Homme Clé, il remplit, date et signe le bulletin d'adhésion.

Lorsque le représentant légal de l'Adhérent désigne, comme personne à assurer, une autre personne que lui-même, 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 Toutes Causes et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie en signant conjointement le bulletin d'adhésion.

Le bulletin d'adhésion comporte en outre une autorisation de prélèvement du compte BRED Banque Populaire de l'Adhérent, à concurrence du montant de la cotisation due.

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

• Les formalités d'adhésion

1. Si le capital choisi est inférieur à 250 000 € et l'âge de la personne à assurer est de moins de 55 ans, cette dernière est tenue préalablement à son adhésion, d'approuver, si son état de santé le permet, la **Déclaration de Bonne Santé (DBS)** suivante.

Elle certifie sur l'honneur être en bon état de santé et ne pas se trouver en incapacité de travail par suite de Maladie ou d'Accident, et ne pas suivre de traitement médical pour cause de Maladie, et ne pas avoir subi au cours des douze (12) derniers mois une intervention chirurgicale ou un traitement ayant entraîné une incapacité de travail de plus de quinze (15) jours.

Si la personne à assurer remplit les conditions de la DBS, **alors elle est admise d'office au bénéfice de l'assurance.**

2. Si la personne à assurer ne remplit pas une ou plusieurs des conditions de la DBS et/ou est âgée de 55 ans et plus, et/ou est âgée de 18 ans à 65 ans avec un capital choisi supérieur ou égal à 250 000 €, alors elle est tenue de répondre à un questionnaire de santé, de se soumettre aux formalités médicales supplémentaires qui pourront lui être demandées par le médecin conseil de l'Assureur et de fournir les éventuels renseignements complémentaires demandés par l'Assureur.

Dans ce cas, l'Assureur s'engage à examiner dans les 60 jours calendaires qui suivent leur réception :

- les bulletins d'adhésion qui lui sont adressés par la Banque,
- les questionnaires de santé,
- et, s'il y a lieu, les pièces complémentaires réclamées par l'Assureur.

L'Assureur, après étude du dossier par son médecin conseil, peut :

- accepter la personne à assurer sans émettre de réserves,
- l'accepter à des conditions dérogatoires aux dispositions du présent contrat en ce qui concerne, soit le montant de la cotisation, soit l'étendue des garanties. Toute restriction ou modification de garantie trouvant son origine dans l'état de santé de l'Assuré lui est communiquée par l'Assureur,
- refuser purement et simplement l'adhésion à l'assurance.

En cas d'acceptation par l'Assureur, un certificat d'adhésion est émis. Celui-ci doit être retourné signé par l'Adhérent et l'Assuré lorsque l'Assureur a accepté l'Assuré à des conditions dérogatoires.

Toute personne avisée que son admission n'est pas jugée acceptable par l'Assureur aux conditions normales, alors qu'en dehors d'un questionnaire de santé elle n'a été appelée à produire aucun autre document médical, a la faculté de se soumettre à tout examen que peut conseiller l'Assureur, afin de lui permettre de reconsidérer éventuellement sa décision.

Il est convenu entre les parties contractantes que les frais engendrés par toute(s) demande(s) d'examen et/ou de complément médical sollicitée(s) par l'Assureur à l'occasion de la demande d'adhésion à l'Assurance Groupe sont pris en charge par l'Assureur (hors frais de déplacement) dans les limites tarifaires qui seront indiquées à cette occasion.

Article 6 - Quand l'adhésion prend-elle effet ?

Dans le cas d'une vente en face à face ou d'une vente à distance, la Date d'effet de l'adhésion, telle que définie ci-dessus, intervient le premier jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur, sous réserve du paiement de la première cotisation.

A défaut, l'adhésion prend effet le lendemain à zéro heure du paiement de la cotisation.

Article 7 - Quelle est la durée de l'adhésion ?

La durée initiale de l'adhésion court jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion, à compter de la Date d'effet puis elle se renouvelle ensuite tacitement au 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.

Les garanties cessent automatiquement à la fin de la période civile (mois), pour laquelle la dernière fraction de cotisation a été payée, dans les cas suivants :

- perte par l'Assuré du statut d'Homme Clé ;
- départ de l'Assuré de l'entreprise Adhérente ; cette dernière ayant l'obligation de communiquer à l'Assureur la date de départ de " l'Homme Clé " dans le mois au cours duquel le départ est survenu ;
- aux 75 ans de l'Assuré pour la garantie Décès ;
- aux 65 ans de l'Assuré pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- de plein droit à la clôture du compte BRED Banque Populaire auxquelles sont attachées les garanties ;
- dénonciation par l'Adhérent de l'autorisation de prélèvement ;
- non-paiement d'une fraction de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance et après résiliation de l'adhésion selon les modalités définies à l'article L.132-20 du Code des assurances et article 14 de la présente Notice ;
- résiliation par l'Adhérent de son adhésion dans les conditions prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances et notamment par lettre ou tout autre support durable : toute résiliation demandée lors de la 1^{ère} année devra être notifiée à l'Assureur au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle ;
- retrait total d'agrément de l'Assureur conformément à l'article L.326-12 alinéa 1 du Code des assurances ;
- à la date d'anniversaire de l'adhésion qui suit la date à laquelle le contrat d'assurance ne serait pas reconduit par le Souscripteur/Distributeur. Dans ce cas, le Souscripteur/Distributeur se charge d'informer les Assuré(e)s trois (3) mois avant l'échéance annuelle du contrat ;
- radiation de la Banque au registre de l'ORIAS.

III - LES GARANTIES

Article 8 - Montant du capital garanti et évolution de ce capital en cours d'adhésion

Les garanties de l'assurance sont basées sur un capital dont le montant doit obligatoirement figurer sur le bulletin d'adhésion ou sur un avenant à l'adhésion, en cas de modification du capital garanti, en cours d'adhésion.

Le capital versé par l'Assureur au titre de ce contrat, égal au montant du capital assuré au jour de la réalisation de l'événement assurable (décès ou PTIA), d'un montant minimum de 30 000 euros, ne peut excéder 3 000 000 d'euros toutes adhésions confondues, pour un même Assuré.

Le montant du capital peut être modifié en cours d'adhésion, à condition que l'Adhérent en fasse la demande à l'Assureur, avec le consentement express de l'Assuré.

En cas de demande d'augmentation du capital : la modification prend

effet le 1^{er} jour du mois, qui suit l'acceptation par l'Assureur avec application automatique de la nouvelle cotisation correspondante, et après accord par l'Adhérent et l'Assuré des nouvelles conditions d'assurance proposées par l'Assureur en présence de conditions dérogatoires.

L'acceptation de l'augmentation du capital par l'Assureur est fonction du nouveau montant de capital à assurer et de l'état de santé de la personne assurée au jour de la demande de majoration du capital assuré.

Il devra être rempli un nouveau questionnaire de santé par l'Assuré. L'Assureur pourra solliciter, le cas échéant, des formalités médicales et/ou un complément médical, comme dans le cas d'une adhésion nouvelle (cf. article 5).

En cas de refus par l'Assureur de la majoration du capital assuré ou de refus par l'Adhérent et l'Assuré des nouvelles conditions d'assurance proposées par l'Assureur, l'augmentation ne peut avoir lieu et le capital demeure inchangé.

En cas de demande de diminution du capital : la modification prend effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de la demande par l'Assureur, avec application automatique de la nouvelle cotisation correspondante.

Article 9 - Sinistre

Tout événement susceptible d'ouvrir droit au versement du capital doit être déclaré à l'Assureur. La déclaration de sinistre au titre des garanties Décès Toutes Causes ou PTIA doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les deux ans à compter de la date de l'évènement. Passé ce délai, si la déclaration tardive venait à causer un préjudice à l'Assureur, l'Adhérent serait alors déchu de ses droits.

Le Bénéficiaire (en cas de décès) ou l'Assuré (en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) doit informer l'Assureur (PREPAR-VIE, service Prévoyance, Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy - 33 Place Ronde CS 90241 - 92981 Paris La Défense cedex), dans les plus brefs délais, de la survenance du Sinistre en joignant selon le cas :

- la copie de l'acte de décès, ou
- la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité totale et définitive ou d'incapacité permanente à 100 %, en cas d'Accident du travail, avec majoration tierce personne émanant de la caisse d'affiliation dont dépend l'Assuré.

A réception de la déclaration de Sinistre, l'Assureur adressera les différents documents à lui retourner pour la mise en jeu de la garantie sollicitée. L'Assureur se réserve le droit de demander des pièces complémentaires.

Les frais engagés pour l'établissement des différents documents demandés par l'Assureur sont à la charge du Bénéficiaire et/ou de l'Assuré.

Les sommes dues sont réglées par l'Assureur dans un délai maximal d'un mois après réception de toutes les pièces justificatives requises. Le règlement des prestations, libellé en euros, doit intervenir par crédit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent dans un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'Espace Economique Européen.

• **Risque de décès toutes causes**

En cas de décès de l'Assuré en cours d'adhésion et avant le 31 décembre de l'année de son 75^{ème} anniversaire, l'Assureur verse à l'entreprise Adhérente, le montant du capital choisi lorsque les conditions de la garantie sont remplies. L'adhésion prend fin au jour du décès de l'Assuré.

• **Risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

L'Assureur verse, par anticipation, à l'entreprise Adhérente, le montant du capital prévu en cas de décès, s'il est établi qu'un Assuré est atteint, avant son 65^{ème} anniversaire, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, telle que définie en préambule et ci-après et qu'il ne relève pas d'un cas d'exclusion.

Il est donc obligatoire pour l'Assuré de remplir **les deux conditions cumulatives prévues : inaptitude totale et irréversible et tierce personne**. Cette garantie a pour objet de couvrir les formes d'invalidité mettant l'Assuré dans un état tel, qu'il est complètement dépendant de l'assistance d'une tierce personne pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne.

La preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie incombe à l'Assuré.

L'Assuré doit aviser 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 65^{ème} anniversaire.

La date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, est déterminée par le médecin conseil de l'Assureur, qui au plus tôt ne pourra intervenir qu'à partir de la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré (date à partir de laquelle, compte tenu des connaissances de la médecine à cette date, l'état de santé de l'Assuré n'est plus susceptible de s'améliorer, soit spontanément, soit sous l'effet d'aucun traitement).

Le médecin conseil de l'Assureur peut faire procéder à une expertise médicale auprès d'un médecin expert qu'il aura diligenté, au frais de l'Assureur, et l'Assuré pourra y être accompagné du médecin de son choix, mais à ses frais. En cas d'opposition à cette expertise médicale, la garantie sollicitée ne peut produire ses effets.

En cas de contestation de la décision, les parties pourront recourir à une expertise contradictoire. Elles choisissent alors un 3^{ème} médecin pour les départager. Si les parties en présence ne peuvent s'entendre sur le choix du 3^{ème} médecin, la partie la plus diligente fait appel au Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré qui désigne ce 3^{ème} médecin. Les frais et honoraires engendrés par cette procédure seront partagés pour moitié entre les parties en présence.

Le risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est couvert en France et dans tous les pays de l'Union Européenne. **En dehors de ces pays, en cas de séjours et voyages à l'étranger, la garantie est maintenue mais le droit aux prestations est suspendu jusqu'au jour du retour en France ou dans un pays de l'Union Européenne.**

Les cotisations cessent d'être dues et l'adhésion prend fin à la date où l'Assureur reconnaît l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

Article 10 - Le Bénéficiaire

Le capital est versé obligatoirement à l'entreprise Adhérente lorsque les conditions de la garantie sont remplies. Cette désignation ne peut être modifiée.

Article 11- Les exclusions

1° Sont exclus :

a) des garanties Décès/PTIA les conséquences :

- des Accidents et Maladies non déclarés dont la première constatation médicale s'avère antérieure à la prise d'effet des garanties ;
- du suicide de l'Assuré pendant la première année qui suit la Date d'effet de l'adhésion ou l'augmentation de la garantie, demandée par l'Adhérent, avec le consentement de l'Assuré, pour la part supplémentaire ;
- des Maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré, des mutilations volontaires, de tentatives de suicide ;
- d'un Accident consécutif à l'usage de stupéfiants ou de produits toxiques non prescrits médicalement, à un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux fixé par les dispositions en vigueur du Code de la route, à de l'alcoolisme aigu ou chronique ;
- d'une guerre civile ou étrangère, insurrection, rixe (sauf cas de légitime défense), émeute, attentat, acte de terrorisme, acte criminel, mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf cas de légitime défense ;
- des Accidents de navigation aérienne, si l'appareil n'est pas pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, des compétitions, démonstrations acrobatiques et voltige libre, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototype, pratique du deltaplane et de l'ULM ;
- de la pratique de toute activité sportive à titre professionnel ;
- des activités de loisirs suivants : sauts en parachute (non pratiqués dans le cadre de la Fédération Française de Parachutisme), parapente, saut à l'élastique, plongée sous-marine au-delà de 20 mètres ;

- de la manutention d'explosifs, de radiations ionisantes ou non, de la modification de la structure de l'atome.

b) de la garantie PTIA les conséquences :

- des antécédents de santé déclarés sur les documents réclamés par l'Assureur avant la prise d'effet et qui ont fait l'objet d'une notification écrite à l'Assuré, préalablement à l'adhésion ou à une augmentation de la garantie.

2° Sont exclus lors de voyages et séjours à l'étranger, les décès survenus dans tous les pays du monde si celui-ci n'est pas justifié par une preuve irréfutable et incontestable.

3° Est suspendu le droit à prestation pour la couverture du risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, lors de tout voyage et séjours à l'étranger, hors de France ou de l'un des pays de l'Union Européenne, jusqu'au jour du retour en France ou dans un pays de l'Union Européenne.

IV - LES COTISATIONS

Article 12. Le montant de la cotisation

Les garanties de l'assurance sont accordées moyennant le versement d'une cotisation dont le tarif dépend du montant du capital assuré. Le taux de la cotisation est déterminé chaque année en fonction de l'âge de l'Assuré. Le tarif est révisable le 1^{er} janvier de chaque année.

La cotisation annuelle est payable par fractionnement mensuel, pour une durée d'un an, courant du 1^{er} janvier au 31 décembre excepté la première année où le paiement de la cotisation est proratisé.

Les garanties sont ensuite tacitement reconduites pour une nouvelle durée d'un an, sous réserve du paiement de la cotisation.

Tarif indicatif TTC (payable mensuellement), avant toute sélection médicale, fonction de l'âge de l'Assuré au 1^{er} janvier de chaque année, déterminé par différence de millésime.

Age	Taux annuel	Taux mensuel	Age	Taux annuel	Taux mensuel
25	0,07 %	0,006 %	51	0,46 %	0,038 %
26	0,07 %	0,006 %	52	0,51 %	0,043 %
27	0,08 %	0,007 %	53	0,55 %	0,046 %
28	0,09 %	0,008 %	54	0,61 %	0,051 %
29	0,10 %	0,008 %	55	0,67 %	0,056 %
30	0,12 %	0,010 %	56	0,73 %	0,061 %
31	0,12 %	0,010 %	57	0,79 %	0,066 %
32	0,13 %	0,011 %	58	0,85 %	0,071 %
33	0,13 %	0,011 %	59	0,92 %	0,077 %
34	0,14 %	0,012 %	60	0,99 %	0,083 %
35	0,14 %	0,012 %	61	1,09 %	0,091 %
36	0,15 %	0,013 %	62	1,18 %	0,098 %
37	0,15 %	0,013 %	63	1,27 %	0,106 %
38	0,16 %	0,013 %	64	1,36 %	0,113 %
39	0,17%	0,014 %	65	1,46 %	0,122 %
40	0,18 %	0,015 %	66 ⁽¹⁾	1,61 %	0,134 %
41	0,21 %	0,018 %	67 ⁽¹⁾	1,76 %	0,147 %
42	0,23 %	0,019 %	68 ⁽¹⁾	1,91 %	0,159 %
43	0,25 %	0,021 %	69 ⁽¹⁾	2,06 %	0,172 %
44	0,28%	0,023 %	70 ⁽¹⁾	2,21 %	0,184 %
45	0,30 %	0,025 %	71 ⁽¹⁾	2,36 %	0,197 %
46	0,32 %	0,027 %	72 ⁽¹⁾	2,53 %	0,211 %
47	0,33 %	0,027 %	73 ⁽¹⁾	2,70 %	0,225 %
48	0,37 %	0,031 %	74 ⁽¹⁾	2,89 %	0,241 %
49	0,39 %	0,033 %	75 ⁽¹⁾	3,09 %	0,258 %
50	0,42%	0,035 %			

⁽¹⁾En cas de renouvellement de l'adhésion uniquement.

Ces taux tiennent compte de la taxe sur les conventions d'assurance de 0% et impôts en vigueur. La tarification appliquée évolue en fonction des taxes et impôts éventuels en vigueur à l'adhésion, puis en cours d'adhésion.

Article 13 - Le paiement de la cotisation

La cotisation annuelle due payable par fractionnements mensuels est prélevée sur le compte BRED Banque Populaire de l'Adhérent désigné sur le bulletin d'adhésion.

En cas d'impossibilité de prélèvement de la cotisation, pour insuffisance de provision sur le compte de l'Adhérent, l'Assureur applique les dispositions prévues à l'article 14.

Article 14 - Le non-paiement de la cotisation

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'Assureur envoie à l'Adhérent une lettre recommandée l'informant que l'adhésion sera résiliée dans un délai de 40 jours à compter de cet envoi, si la cotisation reste impayée à cette date.

V - LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

Article 15 - Evolution des dispositions contractuelles

Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, le présent contrat pourra être modifié d'un commun accord entre le Souscripteur et l'Assureur. En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des Adhérents, ceux-ci seront informés par écrit, trois (3) mois au moins avant la date d'entrée en vigueur de ses modifications.

En cas de modification des garanties et/ou de révision tarifaire, la Banque informera l'Adhérent par écrit, au moins trois (3) mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion.

L'Assuré(e) aura, dans ce cas, la faculté de dénoncer son adhésion jusqu'à cette date. La garantie restera alors acquise jusqu'à l'échéance annuelle de l'adhésion.

Article 16 - Examen des réclamations

On entend par réclamation, toute déclaration sous quelle que forme que ce soit (lettre, courrier, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

L'Adhérent peut à tout moment s'adresser à son interlocuteur habituel (agence BRED) 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 :

Objet de la réclamation	Destinataire de la réclamation
Relative aux circonstances de conclusion ou de commercialisation de votre adhésion. <i>(Manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil...)</i>	BRED Banque Populaire (Service Relations Clientèle) 18 quai de la Rapée 75604 Paris cedex 12 Tel : 01.40.04.71.15 (appel non surtaxé) www.bred.fr, rubrique réclamations
Relative à la gestion de votre adhésion (<i>Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, Sinistre...</i>) SANS données médicales.	PREPAR-VIE (Service Relations Clientèle) Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy 33 Place Ronde - CS 90241 92981 Paris La Défense cedex Tel : 01.41.25.40.49 (tarif en fonction de votre opérateur) service-relations.clientele@prepar-vie.com
Relative à la gestion de votre adhésion (<i>Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, Sinistre...</i>) AVEC données médicales.	PREPAR-VIE (La Cellule Médicale/Médecin Conseil) Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy 33 Place Ronde - CS 90241 92981 Paris La Défense cedex service.medical@prepar-vie.com

La BRED Banque Populaire s'engage à accuser réception de votre courrier sous 48 heures ouvrées et à vous répondre dans les quinze (15) jours ouvrés (sauf circonstances particulières dont l'Adhérent serait alors tenu informé).

L'Assureur s'engage à accuser réception de votre demande dans les dix jours ouvrables à compter de sa réception (en l'absence de réponse apportée à la réclamation dans ce délai) et à apporter une réponse au maximum dans les deux mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont l'Adhérent serait alors informé).

Article 17 - Prescription

Les articles cités ci-après 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. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° - en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 articles 2240 et 2249, à savoir : (commandement de payer, assignation devant un tribunal, une saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît 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 la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Article 18 - Protection des données personnelles

Toutes les informations collectées lors de l'adhésion/souscription au présent contrat, de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, le suivi et l'exécution des contrats d'assurance, ainsi que pour la résiliation de votre ancien contrat auprès de votre ancien assureur, si par exemple vous mandatez l'Assureur pour faire usage de votre droit à résiliation infra annuelle - dans le cadre de certains contrats d'assurance santé complémentaire - (ii) la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires de l'Assureur notamment en matière d'Echange Automatique d'Information en matière fiscale ou de lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) au prêteur le cas échéant (pour les données médicales, uniquement si vous renoncez à la confidentialité), (iii) aux membres du groupe BPCE, (iv) aux organismes professionnels habilités, (v) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, (vi) au médecin conseil le cas échéant pour ce qui concerne les données médicales et (vii) 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 des directives post-mortem relatives au sort 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 mél (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou 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 mél (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 vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mél (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 Troyes.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr.

Article 19 - Fiscalité

Le régime fiscal applicable est le régime français. Les cotisations constituent des charges d'exploitation déductibles sur l'exercice en cours. Le capital versé à l'entreprise doit être compris dans le bénéfice imposable.

Article 20 - 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 L132-9-1 du Code des assurances ;
- (b) 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 oeuvre pour contribuer à la transition énergétique et écologique ;
- (c) sur la solvabilité et la situation financière de l'Assureur ;
- (d) concernant 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.

Article 21- Faculté de Renonciation - Vente à distance

Dans le cadre de la vente à distance, l'Adhérent dispose de 14 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.

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 1 495 866 772,29 euros
Siège social : 18, quai de la Rapée - 75604 Paris cedex 12
552 091 795 RCS Paris (LEI NICH5Q04ADUV9SN3Q390) ident. TVA FR.09552091795
Courtier en assurance inscrit au registre de l'ORIAS
sous le numéro 07003608