

PREPAR'SÉRÉNITÉ - GARANTIES DÉCÈS PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Contrat collectif d'assurance en cas de décès à adhésion individuelle Notice d'Information

DÉFINITIONS

Pour l'exécution de ce contrat sont appliquées les définitions ci-après :

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.

Assuré : l'adhérent à l'APERPI qui répond aux conditions requises, à savoir, être âgé, au jour de l'adhésion, de plus de 18 ans et de moins de 65 ans. Les âges sont déterminés par différence de millésimes.

Bénéficiaire : l'assuré (pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - PTIA) ; la (les) personne(s) désignée(s) sur la demande d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur, en possession de l'assureur (pour le risque Décès).

Date d'effet : date à partir de laquelle la garantie est acquise, sous réserve de l'application, le cas échéant, du délai de carence.

Délai de carence : période pendant laquelle la garantie n'est pas acquise. Il est nul en cas d'accident et de 3 mois en cas de maladie.

Echéance : date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion si celle-ci est le 1^{er} janvier ; pour les adhésions qui ont pris effet en cours d'année, la date d'échéance est ramenée au 1^{er} janvier.

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

Période de garantie : période entre deux échéances.

TITRE I - LA PRÉSENTATION DU CONTRAT

I. LA SOUSCRIPTION, LA PRISE D'EFFET, LA DURÉE DU CONTRAT

PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garanties DÉCÈS - PTIA est un contrat collectif d'assurance en cas de décès à adhésion individuelle et facultative, de type Temporaire Décès. Il est régi par le Code des assurances et relève de la branche 20.

Il est souscrit auprès de PREPAR-VIE, Société Anonyme régie par le Code des assurances, dénommée " l'Assureur ", par l'APERPI, Association pour la Promotion de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance Interprofessionnelle, Association Loi 1901, dont le siège social est : Tour Franklin - 101 quartier Boieldieu - 92800 PUTEAUX, dénommée " le Souscripteur ".

Il prend effet le 1^{er} octobre 2009 pour une durée allant jusqu'au 31 décembre 2009 et se proroge ensuite tacitement au 1^{er} janvier de chaque année.

Si, moyennant un préavis de trois mois, le Souscripteur ou l'Assureur résilie le contrat, les adhérents en seront avisés au moins deux mois avant la date d'échéance. Leurs droits acquis continueront à être gérés par l'Assureur, à moins qu'ils ne soient transférés à un autre organisme d'assurance.

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.

2. L'OBJET DU CONTRAT

L'objet du présent contrat est de garantir le versement d'une rente mensuelle payable pendant cinq ans en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'adhérent-assuré.

L'assuré est considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) lorsque, de par son état de santé médicalement reconnu et accepté par l'Assureur, il est dans l'impossibilité absolue d'exercer une activité

quelconque lui procurant gain ou profit et se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (invalidité de 3^{ème} catégorie au sens du Code de la Sécurité sociale).

TITRE II - L'ADHÉSION AU CONTRAT

3. L'ADHÉSION

Toute personne physique, travailleur non salarié et non agricole, ou son conjoint collaborateur, affiliée aux régimes obligatoires de base et complémentaire et âgée au jour de l'adhésion de plus de 18 ans et de moins de 65 ans peut adhérer au présent contrat, sous réserve d'être membre de l'APERPI, préalablement ou simultanément à l'adhésion au contrat, en s'acquittant d'un droit d'adhésion, dont le montant, fixé par les statuts de l'Association, figure sur la demande d'adhésion. L'adhérent doit être également, **à tout moment**, à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires.

Pour avoir la qualité d'assuré, tout membre de l'APERPI intéressé, doit régulariser une demande d'adhésion, complétée des pièces requises sur la demande d'adhésion, le questionnaire médical, et verser les cotisations en fonction de l'âge de l'adhérent et du montant de la rente mensuelle choisie.

L'Assureur peut réclamer des examens médicaux complémentaires ; il s'engage à examiner toutes les pièces médicales dans les 60 jours de leur réception. L'adhérent est l'assuré.

A la suite de l'instruction du dossier, l'Assureur peut :

- accepter l'adhésion sans aucun aménagement.
- accepter l'adhésion avec conditions dérogatoires, en limitant l'étendue des garanties et/ou en déterminant une surprime.
- refuser l'adhésion.

Si l'adhésion est acceptée avec conditions dérogatoires ou refusée, l'assuré en est informé par écrit.

L'acceptation est formalisée par l'envoi par l'Assureur du certificat d'adhésion, document contractuel sur lequel est précisé la date d'effet qui n'exclut pas l'application, le cas échéant, du délai de carence prévu à l'article 6.3, le montant garanti et les conditions dérogatoires le cas échéant.

En l'absence de demande d'examens médicaux complémentaires, cette date est fixée en fonction de la date de réception de la demande d'adhésion :

- le premier jour du mois suivant lorsque celle-ci lui est parvenue avant le 25 du mois ;
- le premier jour du deuxième mois suivant lorsque celle-ci lui est parvenue entre le 25 et le 31 du mois.

Si des examens médicaux complémentaires ont été demandés, la date d'effet peut être retardée au maximum de deux mois par rapport à la règle ci-dessus.

La garantie prend effet sous réserve du paiement de la cotisation initiale et de la réception par l'Assureur de l'exemplaire signé par l'assuré du certificat d'adhésion. La garantie est accordée et la tarification déterminée sur la base des déclarations de l'assuré.

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connu de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances (réduction de l'indemnité ou nullité du contrat - articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances).

4. LA DURÉE DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion est de durée annuelle, avec tacite reconduction à l'échéance fixée au 1^{er} janvier de chaque année. Pour la première année d'adhésion, la garantie est donc acquise pour la période courant de la date d'effet au 31 décembre, en contrepartie d'une cotisation calculée prorata temporis

sur cette même période.

L'adhésion prend fin dans l'un des cas suivants :

- à chaque échéance annuelle, en cas de résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre ;
- en cas de résiliation par l'adhérent de l'adhésion à l'APERPI, de résiliation du contrat par l'APERPI ou de dissolution de l'APERPI ;
- en cas de non paiement de la cotisation ou d'annulation du prélèvement des cotisations, après application du délai mentionné à l'article 5 ;
- en cas de décès de l'assuré ou à compter du jour où l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est médicalement reconnu et accepté par l'Assureur ;
- après le règlement du 60^{ème} mois d'indemnité en cas de sinistre ;
- à l'échéance qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'assuré (pour le risque Décès) ou son 60^{ème} anniversaire (pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - PTIA) ;
- retrait d'agrément de l'Assureur.

En cas de cessation des garanties, les prestations en cours de paiement continuent à être versées dans les conditions et limites du contrat.

5. LES COTISATIONS

La cotisation annuelle est déterminée en fonction de l'âge atteint par l'assuré, du taux de surprime éventuel indiqué sur le certificat d'adhésion et du montant de rente garanti, compris entre 750 € et 5 000 € par mois.

Le barème indiqué en annexe de la demande d'adhésion présente les cotisations annuelles par tranches d'âge, pour une rente mensuelle de 100 €, en l'absence de surprime, et en fonction du taux de taxe en vigueur.

Ce barème contractuel est susceptible d'être modifié en cas d'évolution future du taux de taxe, ou d'un réaménagement tarifaire selon la procédure précisée à l'article 7.2.

Cette cotisation annuelle peut être payée par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles. Le montant de la cotisation est prélevé sur le compte bancaire mentionné sur la demande d'adhésion, selon les modalités figurant sur ce document.

Les cotisations cessent d'être dues dès lors qu'une déclaration de sinistre est acceptée par l'Assureur, à la suite du Décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'assuré.

En cas de non paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, l'Assureur envoie une lettre recommandée à l'assuré l'informant que l'adhésion sera résiliée dans un délai de quarante jours à compter de cet envoi, si la cotisation reste impayée à cette date, conformément aux dispositions des articles L 113-3 et L 132-20 du Code des assurances.

TITRE III - LA GESTION DU CONTRAT

6. LES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

L'Assureur verse au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré, ou à l'assuré en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), une rente pendant 60 mois dans la limite du montant fixé par l'adhérent.

6.1. Clause bénéficiaire (en cas de décès de l'assuré)

Sauf dispositions contraires mentionnées sur la demande d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur, en possession de l'Assureur, le bénéficiaire de la rente, en cas de décès de l'assuré, est le conjoint de l'assuré non séparé de corps judiciairement. En l'absence de conjoint tel qu'il est défini ci-dessus, la rente est répartie par parts égales entre les enfants de l'assuré (légitimes, reconnus ou adoptés) à charge au sens fiscal. Si l'adhérent n'a pas d'enfant à charge au sens fiscal, la rente sera versée au profit des héritiers de l'assuré par parts égales entre eux.

La clause contractuelle standard peut être remplacée à l'adhésion par une clause particulière jointe à la demande d'adhésion en désignant une seule personne physique. 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.

6.2. Limitations

- Le risque Décès est couvert quel que soit le lieu de survenance à travers le monde.
- Pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenu à l'étranger, les prestations ne sont dues qu'après constatation médicale et les versements ne sont effectués qu'à compter du moment où l'assuré est rapatrié en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne. Quel que soit le pays, les indemnités sont réglées exclusivement en euros.

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle médical ou autre et de réclamer tout document nécessaire à l'instruction de son dossier.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui désigné par l'Assureur, les intéressés choisissent un troisième médecin pour les départager. S'ils ne peuvent s'entendre sur le choix d'un troisième médecin, la partie la plus diligente fait appel au Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré pour procéder à cette désignation.

6.3. Exclusions

Sont exclues des garanties les conséquences :

- **du suicide pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion ou l'augmentation de la garantie, demandée par l'assuré, pour la part supplémentaire ;**
- **des maladies dont la première manifestation survient pendant le délai de carence fixé à 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de l'augmentation de la garantie ;**
- **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 delta-plane 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.**

6.4. Paiement de la rente

A. En cas de décès

En cas de décès de l'assuré, à compter de sa connaissance par l'Assureur, le capital décès constitutif de rente, est automatiquement revalorisé, prorata temporis, jusqu'à la réception de l'ensemble des pièces nécessaires au règlement du 1^{er} arrérage de rente 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.

La revalorisation, nette de frais, pour chaque année civile, s'effectue à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- 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.

La rente mensuelle garantie est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), à terme échu le dernier jour de chaque mois, pendant 60 mois. Si l'un d'eux décède avant le terme des 60 mois, le solde restant dû est versé

aux héritiers de ce bénéficiaire.

B. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La rente mensuelle est versée à l'assuré. S'il décède avant le terme des 60 mois, le solde restant dû est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès.

C. En cas de sinistre

Le Bénéficiaire (en cas de décès de l'Assuré) ou l'Assuré (en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) doit informer l'Assureur (PREPAR-VIE, service prévoyance, Tour Franklin, 100-101 Terrasse Boieldieu, 92042 Paris La Défense Cedex), dans les plus brefs délais, à compter 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 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.

Le règlement de la 1^{ère} rente intervient au plus tard un mois après la réception par l'Assureur de l'ensemble des éléments nécessaires conformes.

6.5. Information relative au(x) bénéficiaire(s)

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, les coordonnées de tout bénéficiaire nommément désigné (nom, prénoms, complétés du nom de naissance le cas échéant, adresse, date et lieu de naissance et de son numéro de Sécurité sociale), 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 la clause bénéficiaire de son adhésion lorsqu'elle n'est plus adaptée à sa situation personnelle.

La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation de celui-ci, sous réserve de l'accord express de l'adhérent.

7. MODIFICATION DES GARANTIES

Toute modification contractuelle doit être demandée par écrit et entraîne la rédaction d'un avenant.

7.1. Modification demandée par l'assuré

L'assuré peut, à tout moment modifier le montant de la prestation garantie, avant son 65^{ème} anniversaire au plus tard (pour la garantie Décès), le cachet de la poste faisant foi.

Toute augmentation des garanties est conditionnée à l'acceptation préalable de l'Assureur, et prend effet conformément aux dispositions de l'article 3 ci-dessus.

7.2. Modification demandée par l'Assureur

L'Assureur se réserve la possibilité de revoir les conditions de garantie, à effet du 1^{er} janvier de chaque année.

L'Assureur doit alors informer les assurés au plus tard le 1^{er} octobre qui précède.

Les assurés sont en droit de refuser les aménagements proposés sous réserve d'en aviser l'Assureur dans un délai de 45 jours à compter de la date d'envoi du courrier de l'Assureur, le cachet de la poste faisant foi. A défaut, ils sont considérés comme ayant accepté.

TITRE IV - LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

8. FACULTÉ DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter de la signature de la demande d'adhésion, et être remboursé intégralement, dans les trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, s'il adresse à PREPAR-VIE, Tour Franklin, 100-101 Terrasse Boieldieu, 92042 Paris La Défense cedex, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception rédigée 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 PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garanties DÉCÈS-PTIA du .../... /... (date de signature de la demande 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 de la présente. Date et signature ”.

L'assureur dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique pour rembourser intégralement l'adhérent qui fait valoir sa faculté de renonciation.

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 ”.

9. PRESCRIPTION

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

Art 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 L114-2 : « 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, même en référé, 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 L114-3 : « 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. »

10. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Toutes les informations collectées sur le bulletin d'adhésion (dont le questionnaire de santé), de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par PREPAR-VIE, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, suivi et exécution des contrats d'assurance, (ii) la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires de PREPAR-VIE et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de PREPAR-VIE, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de PREPAR-VIE, 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 PREPAR-VIE, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne. Elles sont conservées, par PREPAR-VIE, 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 confidentialité. 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 relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre mort 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 fournir une pièce justificative d'identité et de contacter par mél, le délégué à la protection des données de PREPAR-VIE (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de PREPAR-VIE (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou par courrier : PREPAR-VIE, Tour Franklin, 100-101 Terrasse Boieldieu, 92042 Paris La Défense cedex. En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL (www.cnil.fr). Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr.

II. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

On entend par réclamation, toute déclaration sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état avec ou sans mécontentement, d'un préjudice ressenti.

L'adhérent peut à tout moment s'adresser à son conseiller habituel, afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son contrat.

Si le litige éventuel demeure, l'adhérent peut adresser une première (1^{ère}) réclamation auprès de l'interlocuteur, indiqué dans le tableau ci-dessous, qui diffère selon l'objet de la réclamation.

Sauf délais contractuels plus favorables, le destinataire de la réclamation (le BRED ou l'Assureur) s'engage à accuser réception de la demande, dans les dix jours ouvrables à compter de sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée 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).

Si, malgré nos efforts pour le satisfaire, il reste mécontent, il peut faire appel au Médiateur compétent, conformément au tableau ci-dessous, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux. Cependant, ce recours 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.

12. FISCALITÉ

Le présent contrat, relevant de l'article L 144-1 du Code des assurances, est soumis aux dispositions du régime fiscal français prévues pour les contrats visés à l'article 154 bis du Code Général des Impôts.

13. ÉVOLUTION 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 mois au moins avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

14. 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 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) concernant les informations relatives à la solvabilité et à la situation financière de l'Assureur ; (d) concernant la politique « conflits d'intérêts » de l'Assureur.

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

Objet de la réclamation	Niveau de réclamation	Par courrier
Relative aux circonstances de conclusion ou à la commercialisation de son adhésion <i>(Manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil...)</i>	1 ^{ère} réclamation	BRED Banque Populaire (Service Relations Clientèle) 18 quai de la Rapée 75604 PARIS Cedex 12 Tel : 01.40.04.71.15 (appel non surtaxé) Courriel : www.bred.fr, rubrique réclamations
	2 ^{ème} réclamation	Médiateur de la consommation auprès de la FNBP (Fédération Nationale des Banques Populaires) 76-78 avenue de France 75013 PARIS
Relative à la gestion de son adhésion sans données médicales <i>(Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, sinistre...)</i>	1 ^{ère} réclamation	PREPAR-VIE (Service Relations Clientèle) Tour Franklin, 100-101 Terrasse Boieldieu, 92042 PARIS LA DEFENSE Cedex Tel : 01.41.25.40.49 (tarif fonction de votre opérateur) Courriel : service-relations.clientele@prepar-vie.com
	2 ^{ème} réclamation	Médiation de l'assurance TSA 50110, 75441 PARIS Cedex 09 www.mediation-assurance.org
Relative à la gestion de son adhésion avec données médicales <i>(Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, sinistre...)</i>	1 ^{ère} réclamation	PREPAR VIE - La Cellule Médicale/Médecin Conseil, Tour Franklin, 100-101 Terrasse Boieldieu, 92042 PARIS LA DEFENSE Cedex Courriel : service.medical@prepar-vie.com
	2 ^{ème} réclamation	Médiation de l'assurance TSA 50110, 75441 PARIS Cedex 09 www.mediation-assurance.org

PREPAR-VIE

Entreprise régie par le Code des assurances
Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance
au capital de 142 183 792 euros
Siège social : Tour Franklin -
101, quartier Boieldieu - 92800 PUTEAUX
Tél : 01 41 25 41 25 - Télécopie : 01 41 25 41 26
323 087 379 RCS Nanterre

APERPI

Association pour la Promotion de l'Épargne,
de la Retraite et de la Prévoyance
Interprofessionnelle.
Association Loi 1901, dont le siège social est :
Tour Franklin - 101 quartier Boieldieu
92800 Puteaux

