

# PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

## NOTICE D'INFORMATION

### Contrat collectif d'assurance à adhésion individuelle

#### 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'APE qui répond aux conditions requises, à savoir, être âgé, au jour de l'adhésion, de plus de 18 ans et de moins de 55 ans. Les âges sont déterminés par différence de millésimes.

**BÉNÉFICIAIRE** : l'Assuré.

**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.

**FRANCHISE** : période non susceptible de donner lieu à une indemnisation.

**ECHÉANCE** : la date anniversaire de la Date d'effet de l'adhésion si celle-ci est le 1<sup>er</sup> janvier. Pour les adhésions qui ont pris effet en cours d'année, la date d'échéance est ramenée au 1<sup>er</sup> 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 Echéances.

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

#### TITRE I - LA PRÉSENTATION DU CONTRAT

##### 1. LA SOUSCRIPTION, LA PRISE D'EFFET, LA DURÉE DU CONTRAT

PREPAR'SÉRÉNITÉ - Garantie ITT est un contrat collectif d'assurance en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), à adhésion individuelle et facultative. Il est régi par le Code des assurances et relève des branches 1 (Accident) et 2 (Maladie).

Il est souscrit auprès de PREPAR-IARD, Société Anonyme régie par le Code des assurances, dénommée « l'Assureur », par l'APE, Association pour la Prévoyance et l'Épargne, Association Loi 1901, dont le siège social est situé au 18 quai de la Rapée - 75012 Paris, dénommée « le Souscripteur ».

Il prend effet le 1<sup>er</sup> octobre 2009 pour une durée allant jusqu'au 31 décembre 2009 et se proroge ensuite tacitement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Il est expressément convenu que PREPAR-IARD délègue à PREPAR-VIE tous pouvoirs pour recevoir en son lieu et place, avis et communications, pour accepter les risques, délivrer avenants et certificats, percevoir les cotisations, en donner quittance, adresser avis ou mises en demeure, opérer tous règlements et plus généralement assumer toutes les opérations nécessaires à la gestion du présent contrat.

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, par PREPAR-VIE par délégation de l'APE, par tout moyen à sa convenance.

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 indemnité

journalière en cas d'interruption totale de travail consécutive :

- à un Accident (**option 1 "ITT par accident"**) ;
- ou à une Maladie ou un Accident (**option 2 "ITT toutes causes"**), non exclu au titre de l'une des options du présent contrat après application d'un délai de Franchise.

Ces deux options ne peuvent être souscrites simultanément.

Le délai de Franchise applicable est :

- pour l'option 1 "ITT par accident" de 2 jours ;
- pour l'option 2 "ITT toutes causes" de 14 jours, sauf en cas d'accident ou d'hospitalisation à la suite d'une Maladie où ce délai est réduit à 2 jours.

Est considérée en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré dont l'état de santé médicalement constaté, l'empêche d'exercer toute activité professionnelle susceptible de lui procurer gain ou profit.

**Une activité professionnelle à temps partiel ne constitue pas un état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, sauf le cas particulier mentionné à l'article 6.3.**

Le versement des prestations ne peut excéder une période de 12, 24 ou 36 mois, selon le choix effectué à l'adhésion (ou en cours d'adhésion).

#### TITRE II - L'ADHÉSION AU CONTRAT

##### 3. L'ADHÉSION AU CONTRAT

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 55 ans peut adhérer au présent contrat, sous réserve d'être membre de l'APE, 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 le mandat de prélèvement SEPA. 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'APE intéressé, doit régulariser une demande d'adhésion, complétée des pièces requises sur la demande d'adhésion, le questionnaire médical lorsque l'option 2 "ITT toutes causes" est choisie, et verser les cotisations, fonction de l'option 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 6.4, 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<sup>er</sup> 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 adressant à l'Assureur, au plus tard le 30 novembre, une demande de résiliation dans les conditions prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances, et notamment par lettre ou tout autre support durable ;
- en cas de résiliation par l'Adhérent de l'adhésion à l'APE ;
- en cas de dissolution de l'APE ou de résiliation du contrat par l'APE ;
- en cas de non paiement de la cotisation ou d'annulation du prélèvement des cotisations, après le délai indiqué à l'article 5 ;
- en cas de décès de l'Assuré ;
- après le règlement du 12<sup>ème</sup>, du 24<sup>ème</sup>, ou du 36<sup>ème</sup> mois d'indemnité en cas de Sinistre, selon le choix effectué ;
- à l'Échéance qui suit l'âge légal de départ à la retraite de l'assuré, soit au plus tard à l'Échéance qui suit le 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré ;
- retrait d'agrément de l'Assureur.

En cas de cessation des garanties (hormis le cas du décès de l'Assuré), les indemnités journalières 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 ;
- la nature de l'activité professionnelle exercée par l'Assuré ;
- du taux de surprime éventuel indiqué sur le certificat d'adhésion ;
- du montant d'indemnité journalière garantie, compris entre 25 € et 325 € ;
- l'option choisie (voir article 6) ;
- la durée maximum de versement de la prestation (12, 24 ou 36 mois).

Le barème indiqué en annexe de la présente notice d'information présente les cotisations annuelles par tranches d'âge, pour une indemnité journalière de 50 €, 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 indiquée à l'article 7.3.

Cette cotisation annuelle peut être payée par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles, par prélèvement sur le compte bancaire mentionné sur la demande d'adhésion (ou sur tout nouveau compte porté à la connaissance de l'Assureur en cours d'adhésion), selon les modalités figurant sur ce document.

La cotisation cesse d'être due pendant la période d'indemnisation ; elle reprend automatiquement à la fin de cette période, sauf lorsque la durée maximale d'indemnisation (12, 24 ou 36 mois) est atteinte.

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 à l'Assuré en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail une indemnité journalière, selon des conditions qui diffèrent selon l'option choisie et en vigueur au moment du Sinistre.

Ces options ne peuvent être souscrites simultanément.

##### 6.1. Option 1 : arrêt de travail d'origine accidentelle

L'indemnité journalière est versée à compter du 3<sup>ème</sup> jour continu d'interruption totale de travail, si elle est consécutive à un Accident.

Aucune prestation n'est due si la cause n'est pas d'origine accidentelle.

##### 6.2. Option 2 : arrêt de travail toutes causes

L'indemnité journalière est versée à compter du 3<sup>ème</sup> jour continu d'interruption totale de travail, si elle est consécutive à un Accident ou à une hospitalisation consécutive à une Maladie, ou à compter du 15<sup>ème</sup> jour continu, si elle est consécutive à une Maladie.

**Dans ce dernier cas, les effets 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, ne sont pas indemnisés.**

##### 6.3. Limitations

**Pendant toute la durée de l'interruption totale de travail, l'indemnité est versée mensuellement, à terme échu, sans pouvoir excéder 12, 24 ou 36 mois décomptés à l'expiration du délai de Franchise (selon l'option choisie à l'adhésion ou en cours d'adhésion).**

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à l'adhésion (ou en cours d'adhésion).

En tout état de cause, l'assurance ne peut être source de bénéfice, c'est-à-dire que les prestations versées en cas de Sinistre ont un caractère indemnitaire. Elles ne peuvent permettre à l'Assuré de disposer d'un revenu supérieur à celui qu'il percevait en activité. Le montant de ces prestations est indiqué sur la demande d'adhésion par référence aux éléments comptables et fiscaux (frais généraux permanents et bénéfice net d'exploitation).

En cas de dépassement, soit en application du présent contrat (indemnité souscrite supérieure aux revenus de l'assuré), soit du fait de l'existence d'autres contrats servant les mêmes prestations, l'indemnité due au titre des présentes dispositions est réduite à due concurrence.

L'Assureur se réserve le droit de demander les justificatifs tels que documents comptables, déclarations fiscales des revenus de l'Assuré.

Si le conjoint, répondant aux conditions requises, a souscrit cette garantie et qu'il se trouve en Incapacité Temporaire Totale de travail conformément aux conditions prévues par le contrat, l'indemnité à laquelle il a droit ne peut excéder le tiers de la somme souscrite au profit de l'entrepreneur lui-même, dans la limite maximum de 108,33 euros par jour.

L'indemnité cesse d'être versée en tout état de cause :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel (toute activité de direction ou de surveillance est considérée comme une reprise partielle). Toutefois, après une période minimum d'indemnisation de 12 mois et en cas de reprise partielle d'activité, le montant de l'indemnité est réduit de 50 % seulement. La durée de versement de cette indemnité réduite ne peut être supérieure à 6 mois, sans pouvoir excéder la durée de 24 ou 36 mois d'indemnisation selon la formule choisie ;
- en cas de décès de l'Assuré ;
- à l'Échéance qui suit l'âge légal de départ à la retraite de l'Assuré, soit au plus tard à l'Échéance qui suit le 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré .

Tout nouvel arrêt de travail, constaté médicalement et survenant moins de deux mois après la reprise, n'entraîne pas l'application de la Franchise.

Pour tout arrêt de travail survenant au-delà de ces deux mois, la Franchise est appliquée selon l'option choisie. L'Assuré 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 et au plus tard dans un délai de 10 jours suivant le terme du délai de Franchise de 2 ou 14 jours, de la survenance du Sinistre en joignant la copie de l'avis initial d'arrêt de travail.

À réception de la déclaration de Sinistre, l'Assureur adressera les différents documents à lui retourner pour la mise en jeu de la garantie.

**En cas de rechute, l'indemnité est versée à concurrence de la durée maximale d'indemnisation choisie (12, 24 ou 36 mois).**

Lorsque le Sinistre survient 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 Judiciaire du domicile de l'assuré pour procéder à cette désignation.

#### 6.4. Exclusions

Sont exclues les conséquences :

- 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 ;
- 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 ;
- des Maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré, des mutilations volontaires, de tentatives de suicide ;
- 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 ;
- d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité ;
- des cures thermales, héliomarines, des cures de repos, de sommeil, de rajeunissement, d'amincissement, diététiques, de désintoxication, des traitements liés à la grossesse, l'accouchement et ses conséquences, l'interruption volontaire de grossesse ;
- des séjours en centre de régime, de détente ou de " remise en forme ", de traitement esthétique ;
- d'une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette

**incapacité (l'indemnisation débutant dans ce cas à la date d'hospitalisation) ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou sous curatelle.**

## 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 les garanties choisies à l'adhésion en :

- augmentant le montant de la prestation garantie, avant son 55<sup>ème</sup> anniversaire au plus tard ;
- passant de l'option 1 (ITT par accident) à l'option 2 (ITT toutes causes) ;
- augmentant la durée maximum d'indemnisation, de 12 à 24 mois ou à 36 mois, ou de 24 à 36 mois.

Pour tous ces cas, l'augmentation des garanties est conditionnée à l'acceptation préalable de l'Assureur, conformément aux dispositions de l'article 3 ci-dessus.

Dans tous les autres cas, la modification sera prise en compte par l'Assureur sans formalité médicale.

La nouvelle garantie prend effet à la date indiquée sur l'avenant, à l'expiration de la période couverte par la dernière cotisation payée et calculée avant changement, sauf en cas de passage de l'option 1 (ITT par accident) à l'option 2 (ITT toutes causes) ou inversement, où la nouvelle garantie donne alors lieu à l'attribution d'un nouveau numéro d'adhésion et prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, à l'expiration de la période couverte par la dernière cotisation payée et calculée avant changement, qui correspondra à la date de résiliation de l'ancienne adhésion.

### 7.2. Modification signalée par l'assuré

En cours de contrat, l'Assuré doit aviser l'Assureur, dans les 15 jours où il en a connaissance, de toute modification des éléments pris en compte pour l'établissement de la présente garantie, notamment le changement d'activité professionnelle. L'Assureur informe alors l'Assuré des modifications de garanties et de tarification.

L'Assuré peut refuser, dans les 30 jours, la majoration de la cotisation proposée. Dans ce cas, l'adhésion est résiliée dès réception par l'Assureur du refus de l'assuré, adressé sous pli recommandé avec accusé de réception.

### 7.3. Modification demandée par l'Assureur

L'Assureur se réserve la possibilité de revoir les conditions de garantie, à effet du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. L'Assureur doit alors informer les Assurés au plus tard le 1<sup>er</sup> 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, 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 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 - Garantie ITT 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. »

Dans le cadre de la vente à distance, l'Assuré 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.

## 9. 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.

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 à 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 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. »

## 10. 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](mailto:dpo@prepar-vie.com)) ou le médecin conseil de l'Assureur ([service.medical@prepar-vie.com](mailto: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 mel ([www.cnil.fr](http://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 mel ([www.bloctel.gouv.fr](http://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](http://www.prepar-vie.fr).

## 11. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

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<sup>ère</sup>) 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 (la 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 prévus 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](http://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) 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 ; (b) concernant les informations relatives à la solvabilité et à la situation financière de l'Assureur ; (c) 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 <sup>ère</sup> réclamation	<b>BRED Banque Populaire (Service Relations Clientèle)</b> 18 quai de la Rapée 75604 PARIS Cedex 12 Tel : 01.40.04.71.15 (appel non surtaxé) Courriel : <a href="http://www.bred.fr">www.bred.fr</a> , rubrique réclamations
	2 <sup>ème</sup> réclamation	<b>Méiateur de la consommation auprès de la FNBP (Fédération Nationale des Banques Populaires)</b> 76-78 avenue de France 75013 PARIS
Relative à la gestion de son adhésion <b>sans données médicales</b> <i>(Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, Sinistre...)</i> .	1 <sup>ère</sup> réclamation	<b>PREPAR-VIE (Service Relations Clientèle)</b> Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy 33 Place Ronde - CS 90241 92981 Paris La Défense cedex Tel : 01.41.25.40.49 (tarif fonction de votre opérateur) Courriel : <a href="mailto:service-relations.clientele@prepar-vie.com">service-relations.clientele@prepar-vie.com</a>
	2 <sup>ème</sup> réclamation	<b>Médiation de l'Assurance</b> TSA 50110, 75441 PARIS Cedex 09 <a href="http://www.mediation-assurance.org">www.mediation-assurance.org</a>
Relative à la gestion de son adhésion <b>avec données médicales</b> <i>(Adhésion, modifications ou avenants, cotisations, Sinistre...)</i> .	1 <sup>ère</sup> réclamation	<b>PREPAR VIE - La Cellule Médicale/Médecin Conseil,</b> Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy 33 Place Ronde - CS 90241 92981 Paris La Défense cedex Courriel : <a href="mailto:service.medical@prepar-vie.com">service.medical@prepar-vie.com</a>
	2 <sup>ème</sup> réclamation	<b>Médiation de l'Assurance</b> TSA 50110, 75441 PARIS Cedex 09 <a href="http://www.mediation-assurance.org">www.mediation-assurance.org</a>

#### 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)

#### APE

Association pour la Prévoyance et l'Épargne  
Association à but non lucratif régie par  
la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
Siège social : 18, quai de la Rapée 75012 Paris  
N° de SIRET : 480 990 621 00017

#### PREPAR-IARD

Filiale de la BRED Banque Populaire  
Entreprise régie par le Code des assurances,  
Société Anonyme au capital de 800 000 euros  
343 158 036 RCS Nanterre  
(LEI : 9695008UHMH3007T1B62)  
Siège social : Immeuble Le Village 1  
Quartier Valmy - 33 Place Ronde  
CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex