

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^{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 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^{er} octobre 2009 pour une durée allant jusqu'au 31 décembre 2009 et se proroge ensuite tacitement au 1^{er} 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^{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 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^{ème}, du 24^{ème}, ou du 36^{ème} 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^{ème} 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^{ème} 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^{ème} 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^{ème} 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^{ème} 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.

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration 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, notwithstanding 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 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 personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, responsable du traitement. Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

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

légales [(ii), (iii)]. Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées par l'Assureur de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

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

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre notice d'information sur le traitement des données à caractère personnel, sur notre site internet :

<https://www.prepar-vie.fr/donnees-personnelles/>

11. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

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

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

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

- par courrier à l'adresse : BRED Banque Populaire (Service Relations Clientèle) 18 quai de la Rapée 75604 Paris cedex 12 ;

- par courriel à : en remplissant le formulaire mis en ligne sur bred.fr, accessible à la rubrique « plainte/réclamation », en bas de la page d'accueil.

La BRED Banque Populaire s'engage à accuser réception de la réclamation sous les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et à répondre dans les quinze (15) jours ouvrables, à compter de la date d'envoi de la réclamation. Toutefois, si un délai supplémentaire s'avérait nécessaire à la résolution de votre dossier,

Il ne saurait dépasser les soixante (60) jours calendaires prévus par la réglementation (sauf circonstances particulières dont l'Adhérent serait alors tenu informé).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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, sur l'espace dédié Publications, celles des informations réglementées qui sont applicables à sa situation.

Figurent notamment sur cet espace les informations :

- relatives aux contrats non réglés au sens de l'article L.132-9-1 du Code des assurances ;
- concernant les possibilités temporaires de transfert d'actifs vers des engagements donnant lieu à constitution d'une provision de diversification ;
- concernant les modalités de prise en compte dans la politique d'investissement de l'Assureur des critères relatifs au respect d'objectifs sociaux, environnementaux et de qualité de gouvernance et sur les moyens mis en œuvre pour contribuer à la transition énergétique et écologique ;
- sur la solvabilité et la situation financière de l'Assureur ;
- sur la politique de prévention et de gestion des conflits d'intérêts.

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

PREPAR-VIE

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

APE

Association pour la Prévoyance et l'Épargne
Association à but non lucratif régie par
la loi du 1^{er} 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 €
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

