



BRED PROTECTION PATRIMOINE

Couverture personnelle

NOTICE D'INFORMATION

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

Principales caractéristiques du contrat

- Contrat d'assurance groupe à adhésion facultative.
- Contrat temporaire décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie.
- Versement d'un capital forfaitaire en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré pendant la période d'adhésion.
- Bénéficiaire librement désigné par l'Adhérent pour la garantie Décès, le bénéficiaire est l'Assuré en cas de PTIA.

Le présent contrat est régi par :

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

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

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

Définitions

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

ACCIDENT : tout dommage corporel non intentionnel constaté médicalement, 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 : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), y compris d'origine traumatique, accidentelle.

ADHÉRENT(E) : toute personne physique, client(e) de la BRED Banque Populaire, titulaire d'un compte bancaire BRED Banque Populaire.

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

ASSURÉ(E) : toute personne physique, âgée de plus de 18 (dix-huit) ans et de moins de 65 (soixante-cinq) ans pour la garantie Décès Toutes Causes et de plus de 18 (dix-huit) ans et de moins de 60 (soixante) ans pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

BÉNÉFICIAIRE : la ou les personne(s) physique(s) (en cas de PTIA) et/ou morale(s) (en cas de décès) désignée(s) à ce titre sur le bulletin d'adhésion ou sur tout autre document faisant référence à l'adhésion.

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

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

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

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) : état, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, qui place l'Assuré dans l'incapacité totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque lui procurant gain ou profit.

De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes essentiels et ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Pour bénéficier de la garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (PTIA), **l'Assuré doit obligatoirement remplir ces 2 (deux) conditions cumulatives.**

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

RÈGLEMENTATION RELATIVE À LA PROTECTION DES DONNÉES OU RGPD : désigne le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 dit « Règlement Général sur la Protection des Données », ainsi que les lois nationales et réglementations applicables aux Parties en matière de protection des Données Personnelles et de la vie privée.

RESPONSABLE DE TRAITEMENT : désigne toute entité légale qui détermine les finalités et moyens du ou des Traitements qu'elle met ou fait mettre en place.

TRAITEMENT : désigne toute opération ou tout ensemble d'opérations effectuées ou non à l'aide de procédés automatisés et appliquées à des données ou des ensembles de données à caractère personnel, telles que la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, la diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, la limitation, l'effacement ou la destruction.

TITRE I - LA PRÉSENTATION DU CONTRAT

Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat d'Assurance Groupe sur la vie à adhésion facultative (branche 20), régi par le Code des Assurances, est souscrit auprès de l'Assureur par la Banque qui propose à ses clients ou

sociétaires d'y adhérer. Il a pour objet de garantir, aux Bénéficiaires définis à l'article 10, le versement d'un capital en **cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie** de la personne assurée.

Article 2 - Effet - Durée - Renouvellement du contrat

Le contrat prend effet le 1^{er} mars 2003 et expire le 31 décembre 2003. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, pour un an le 1^{er} janvier de chaque année, à défaut de dénonciation par l'une ou l'autre des parties, signifiée par lettre recommandée, au plus tard le 30 septembre précédant la date de renouvellement.

TITRE II - L'ADHÉSION AU CONTRAT

Article 3 - Qui peut adhérer au contrat ?

Tout sociétaire ou client de la Banque, personne physique, **titulaire d'un compte bancaire BRED Banque Populaire** peut adhérer au présent contrat.

Article 4 - Quelle est la personne à assurer ?

La personne à assurer doit être une personne physique

Elle peut désigner comme personne assurée, soit elle-même, soit une autre personne physique.

L'âge de la personne à assurer

L'âge de la personne à assurer doit être au moins égale à 18 ans, et ne doit pas dépasser à l'adhésion 65 ans pour la garantie décès et 60 ans pour la garantie de perte totale et irréversible d'autonomie.

Elle est assurée jusqu'à :

- 80 ans : pour la garantie décès,
- 65 ans : pour la garantie de perte totale et irréversible d'autonomie.

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

Article 5 - Comment adhérer ?

L'adhésion au contrat BRED PROTECTION PATRIMOINE est possible :

- en vente en face à face via un bulletin d'adhésion papier ou dématérialisé,
- en vente à distance (VAD) électronique.

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré(e) entraîne l'application des sanctions prévues à l'article L. 113-8 du Code des assurances, et notamment la nullité pour fausse déclaration intentionnelle.

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

Toute erreur sur l'âge de l'Assuré entraîne l'application de l'article L.132-26 du Code des assurances.

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code

des assurances, la Banque s'engage à remettre simultanément à l'Adhèrent, une notice d'information définissant les garanties ainsi que les droits et obligations de l'Adhèrent et de l'Assuré.

Le bulletin d'adhésion

L'Adhèrent remplit, date et signe un bulletin d'adhésion remis par la Banque, qui comporte en outre une autorisation de prélèvement SEPA sur le compte BRED Banque Populaire de l'Adhèrent, à concurrence du montant de la cotisation trimestrielle due.

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

Les formalités d'adhésion

1. Si le capital choisi est inférieur à 100 000 (cent-mille euros) et l'âge de la personne à assurer est de moins de 55 ans, cette dernière est tenue préalablement à son adhésion, d'approuver, si son état de santé le permet, la Déclaration de Bonne Santé (DBS). La personne à assurer certifie sur l'honneur être en bon état de santé et ne pas se trouver en incapacité de travail par suite de Maladie ou d'Accident, et ne pas suivre de traitement médical pour cause de Maladie, et ne pas avoir subi au cours des 12 (douze) derniers mois une intervention chirurgicale ou un traitement ayant entraîné une incapacité de travail de plus de 15 (quinze) jours calendaires continus. **Si la personne à assurer remplit les conditions de la DBS, alors elle est admise d'office au bénéfice de l'assurance.**
2. Si la personne à assurer ne remplit pas une ou plusieurs des conditions de la DBS et/ou est âgée de 55 ans et plus, et/ou est âgée de 18 ans à 65 ans avec un capital choisi supérieur ou égal à 100 000 € (cent-mille euros), alors elle est tenue de répondre à un questionnaire de santé et de se soumettre aux formalités médicales supplémentaires qui pourront lui être demandées par le médecin conseil de l'Assureur et de fournir les éventuels renseignements complémentaires demandés par l'Assureur.

L'Assureur s'engage à examiner dans les **60 jours calendaires qui suivent leur réception** :

- les bulletins d'adhésion qui lui sont adressés par la Banque,
- les pièces médicales éventuellement nécessaires qui lui auront été adressées par la personne à assurer.

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

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

L'Assuré doit communiquer son acceptation des conditions particulières dans un délai de 15 jours à réception de la réponse de l'Assureur, dans le cas contraire son dossier sera classé sans suite.

- ou bien refuser l'adhésion à l'assurance par l'envoi d'une lettre.

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

Il est convenu entre les parties contractantes que les frais exposés par les personnes à assurer à l'occasion de leur adhésion à l'Assurance Groupe (honoraires médicaux, frais d'analyse, etc...) sont pris en charge par l'Assureur sur la base d'un tarif déterminé par lui.

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

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'acceptation des conditions dérogatoires par l'Assureur lorsqu'elles s'appliquent, et de l'encaissement préalable de la première cotisation.

Dans le cas d'une vente en face à face ou d'une vente à distance, la Date d'effet de l'adhésion, telle que définie ci-dessus, intervient le premier jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur, sous réserve du paiement de la première cotisation. A défaut, l'adhésion prend effet le lendemain à (0) zéro heure du paiement de la cotisation.

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

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

Sous réserve des limites d'âge de l'Assuré prévues pour chacune des garanties indiquées à l'article 4, l'Adhérent bénéficie des garanties tant qu'il n'a pas dénoncé son adhésion à l'assurance par écrit à l'Assureur.

Dans ce cas, les garanties prennent fin à la fin de la période civile pour laquelle la dernière cotisation a été payée.

Par ailleurs, les garanties cessent à la fin de la période civile pour laquelle la dernière cotisation a été payée en cas de :

- clôture du compte BRED Banque Populaire,
- dénonciation de l'autorisation de prélèvement,
- résiliation du présent contrat par l'une ou l'autre des parties contractantes,
- lorsque l'Assuré atteint l'âge limite de couverture.

Le non-paiement des cotisations entraînera la résiliation du contrat conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances dans les conditions prévues à l'article 15 de la présente Notice d'Information.

TITRE III - LES GARANTIES

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

Les garanties de l'assurance sont basées sur un capital dont le montant (30 000 euros minimum) doit obligatoirement figurer sur le bulletin d'adhésion. En aucun cas, le capital versé par l'Assureur au titre de ce contrat ne peut excéder, sur la tête d'un même Assuré, 2 000 000 d'euros par adhésion et 3 000 000 d'euros toutes adhésions confondues.

Le montant du capital peut être modifié en cours d'adhésion, à condition que l'Adhérent en fasse la demande à l'Assureur et que l'Assuré se soumette, s'il y a lieu, aux formalités médicales prévues par l'article 5.

Article 9 - Sinistre

Tout événement susceptible d'ouvrir droit au versement du capital doit être déclaré à l'Assureur.

La déclaration de Sinistre au titre des garanties Décès Toutes Causes

ou PTIA doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les deux ans à compter de la date de l'évènement. Passé ce délai, si la déclaration tardive venait à causer un préjudice à l'Assureur, l'Adhérent serait alors déchu de ses droits.

Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives.

Les pièces à fournir à l'Assureur en moment de la déclaration du Sinistre sont :

- la copie de l'acte de décès, en cas de décès,
- la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité totale et définitive ou d'incapacité permanente à 100 %, en cas d'Accident du travail, avec majoration tierce personne émanant de la caisse d'affiliation dont dépend l'Assuré, en cas de PTIA. La reconnaissance de l'état de PTIA par la caisse d'affiliation n'engendre pas automatiquement une prise en charge par l'Assureur. L'Assureur se réserve le droit de demander tous les documents nécessaires à l'Assuré lui permettant d'établir que les conditions contractuelles sont respectées.

L'Assureur transmettra ensuite une liste de pièces à produire pour constituer le dossier.

Risque de décès

Par « décès », il faut entendre le décès quelle qu'en soit la cause.

En cas de décès de l'Assuré en cours d'adhésion et avant le 31 décembre de l'année de son 80^{ème} anniversaire, l'Assureur verse au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s), le montant du capital choisi. L'adhésion prend fin au jour du décès de l'Assuré.

Les cotisations dues sont intégralement acquises à l'Assureur sans prorata au moment du décès.

Risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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

Il est donc obligatoire pour l'Assuré de remplir **les deux conditions cumulatives prévues : inaptitude totale et irréversible et tierce personne.**

Le montant est arrêté à la date de la reconnaissance de votre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, déterminée par le médecin conseil de l'Assureur.

La date de consolidation est la date à partir de laquelle, compte tenu des connaissances de la médecine, votre état n'est plus susceptible de s'améliorer, soit spontanément, soit sous l'effet d'aucun traitement.

Pour cela, le médecin conseil de l'Assureur peut faire procéder à une expertise médicale auprès d'un médecin expert qu'il aura diligenté, au frais de l'Assureur, et l'Assuré pourra y être accompagné du médecin de son choix, mais à ses frais.

En cas d'opposition à cette expertise médicale, la garantie sollicitée ne peut produire ses effets.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'assurance maladie ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie incombant à l'Assuré.

L'Assuré doit aviser l'Assureur dès la constatation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et au plus tard dans les 6 mois qui suivent son 65^{ème} anniversaire.

En cas de contestation de la décision, vous pouvez alors convenir avec l'Assureur de recourir à une expertise contradictoire. L'Assureur désigne alors un médecin expert dûment agréé, à ses frais. L'Assuré fera de même, en désignant lui aussi un médecin expert dûment agréé, à ses frais.

Si lesdits médecins ainsi désignés ne sont pas d'accords, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin expert.

Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix de ce troisième médecin, celui-ci sera désigné par le Président du Tribunal judiciaire de votre domicile. La moitié des frais et honoraires engendrés par cette procédure sera à votre charge et s'il y a lieu la moitié des honoraires du 3^{ème} médecin et de ses frais de nomination.

Les conclusions de l'expertise contradictoire s'imposeront à l'Assureur et à l'Assuré.

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

Article 10 - Les Bénéficiaires

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le capital garanti est versé par l'Assureur à l'Assuré.

En cas de décès

Le capital garanti en cas de décès de l'Assuré est attribué par ordre de préférence et sous réserve des modalités particulières ci-après :

- au conjoint de l'Assuré non séparé de corps judiciairement ,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré, légitimes, adoptés ou reconnus, nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part d'un prédécédé revenant à ses propres descendants ou ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendants, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux ascendants de l'Assuré, par parts égales entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

L'Adhérent a toutefois la faculté, lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci de modifier la désignation contractuelle ci-dessus et d'attribuer le bénéfice de l'assurance à une ou à plusieurs personnes physiques (en cas de PTIA) et/ou morales (en cas de décès). Il doit alors indiquer par écrit, à l'Assureur, la ou les personnes qu'il désigne comme Bénéficiaire(s).

Lorsque la désignation personnalisée du Bénéficiaire est caduque, les dispositions contractuelles ci-dessus sont applicables.

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, adresse, date et lieu de naissance), afin qu'après le décès de l'Assuré, l'Assureur puisse informer le Bénéficiaire de la désignation faite à son profit.

Il est recommandé à l'Adhérent de modifier les clauses bénéficiaires de son adhésion lorsqu'elles ne sont plus adaptées à sa situation personnelle.

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

Article 11 - Exclusions

1° L'Assureur couvre les risques de Décès (DC) et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), sous les réserves prévues par le Code des assurances et à l'exclusion des suites et conséquences des événements indiqués dans le tableau ci-après.

Evènements	GARANTIES	
	Décès	PTIA
Les Accidents et Maladies non déclarés dont la première constatation médicale s'avère antérieure à la prise d'effet des garanties.	Exclu	Exclu
Le suicide de l'Assuré pendant la première année qui suit la Date d'effet de l'adhésion ou qui suit l'augmentation de la garantie, demandée par l'Assuré, pour la part supplémentaire.	Exclu	Exclu
Les Maladies ou Accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré, des mutilations volontaires, de tentatives de suicide.	Exclu	Exclu
Un Accident consécutif à l'usage de stupéfiants ou de produits toxiques non prescrits médicalement ou à de l'alcoolisme aigu ou chronique.	Exclu	Exclu
Un Accident consécutif 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.	Exclu	Exclu
Les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, insurrection, rixe, 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.	Exclu	Exclu
Les 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.	Exclu	Exclu
La pratique de toute activité sportive à titre professionnel.	Exclu	Exclu
Les 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.	Exclu	Exclu
Les conséquences de la manutention d'explosifs, de radiations ionisantes ou non, de la modification de la structure de l'atome.	Exclu	Exclu
Les conséquences des antécédents de santé déclarés sur les documents réclamés par l'Assureur (questionnaire de santé, rapport médical...) avant la prise d'effet et qui ont fait l'objet d'une notification écrite à l'assuré, préalablement à l'adhésion ou à une augmentation de la garantie		Exclu

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

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

Article 12 - Territorialité des garanties

Les garanties sont accordées dans le monde entier.

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

TITRE IV - LES COTISATIONS

Article 13 - Le montant de la cotisation

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

TARIF APPLICABLE À TOUTE ADHÉSION DONT LE MONTANT DU CAPITAL INITIAL ASSURÉ EST INFÉRIEUR OU ÉGAL À 200 000 EUROS.

ÂGE DE L'ASSURÉ	TAUX ANNUEL	TAUX TRIMESTRIEL
Moins de 31 ans	0,10 %	0,0250 %
De 31 à 35 ans	0,12 %	0,0300 %
De 36 à 40 ans	0,16 %	0,0400 %
De 41 à 45 ans	0,24 %	0,0600 %
De 46 à 50 ans	0,35 %	0,0875 %
De 51 à 55 ans	0,56 %	0,1400 %
De 56 à 60 ans	0,83 %	0,2075 %
De 61 à 65 ans	1,19 %	0,2975 %
De 66 à 70 ans	1,84 %	0,4600 %
De 71 à 75 ans	3,08 %	0,7700 %
De 76 à 80 ans	5,35 %	1,3375 %

TARIF APPLICABLE À TOUTE ADHÉSION DONT LE MONTANT DU CAPITAL INITIAL ASSURÉ EST SUPÉRIEUR À 200 000 EUROS.

ÂGE DE L'ASSURÉ	TAUX ANNUEL	TAUX TRIMESTRIEL
Moins de 31 ans	0,09 %	0,0225 %
De 31 à 35 ans	0,11 %	0,0275 %
De 36 à 40 ans	0,14 %	0,0350 %
De 41 à 45 ans	0,21 %	0,0525 %
De 46 à 50 ans	0,31 %	0,0775 %
De 51 à 55 ans	0,49 %	0,1225 %
De 56 à 60 ans	0,74 %	0,1850 %
De 61 à 65 ans	1,06 %	0,2650 %
De 66 à 70 ans	1,65 %	0,4125 %
De 71 à 75 ans	2,78 %	0,6950 %
De 76 à 80 ans	4,86 %	1,2150 %

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

Article 14 - Le paiement de la cotisation

Lors de chaque renouvellement trimestriel, la cotisation due est prélevée sur le compte BRED Banque Populaire de l'Adhèrent désigné sur le bulletin d'adhésion.

En cas d'impossibilité de prélèvement de la cotisation, pour insuffisance de provision sur le compte de l'Adhèrent, l'Assureur applique les dispositions prévues à l'article 15.

Article 15 - Le non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhèrent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Ce courrier rappelle que, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues.

TITRE V - LES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

Article 16 - L'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 la Banque et l'Assureur. En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des Adhérents, ceux-ci seront informés par écrit, 3 (trois) mois au moins avant la date d'entrée en vigueur de ses modifications.

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

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

Article 17 - La faculté de renonciation

L'Adhèrent dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la date d'émission du certificat d'adhésion pour exercer son droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'Adhèrent est intégralement remboursé dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception par PREPAR-VIE d'une lettre recommandée avec avis de réception, adressée à l'adresse suivante : PREPAR-VIE - Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 place Ronde - CS 90241 - 92800 Puteaux, et rédigée selon le modèle ci-après :

« Mesdames, Messieurs, conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances, je vous informe par la présente de ma décision de renoncer à mon adhésion au contrat BRED PROTECTION PATRIMOINE, intervenue le/...../..... (date d'émission du certificat d'adhésion).

Je vous remercie de bien vouloir procéder au remboursement de 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. »

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 de plein droit 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».

Article 18 - Examen des réclamations - Médiations

18.1 - Examen de réclamations

Vous pouvez, à tout moment, vous adresser à votre interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de votre contrat.

En cas de mécontentement ou d'insatisfaction persistant dans l'application des dispositions de la présente adhésion, l'Assuré ou ses bénéficiaires peuvent adresser une réclamation écrite aux destinataires ci-après selon la nature de celle-ci.

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 75012 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 10 (dix) jours ouvrables à compter de son envoi et à répondre dans les 15 (quinze) jours ouvrables, à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Toutefois, si un délai supplémentaire s'avérerait nécessaire à la résolution de votre dossier, il ne saurait dépasser les 60 (soixante) jours calendaires prévus par la réglementation.

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 90241, 92800 Puteaux) ;

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 - 92800 Puteaux ;
- 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).

18.2 - Médiation

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 FNB

- (Fédération Nationale des Banques Populaires) Service Relations Clientèle, 20/22 rue Rubens, 75013 Paris ;
- Si la réclamation porte sur la gestion du contrat : le Médiateur de l'Assurance écriture 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. Le Délégué de gestion ou le distributeur selon l'objet de la réclamation et l'Adhérent personne physique restent libres de la suivre ou non.

Article 19 - Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances, reproduits ci-après :

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L.114-2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (prévues par le Code Civil, aux 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 avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

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

Article 20 - 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, 92800 Puteaux ou PREPAR-IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92800 Puteaux)

pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée.

En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL -Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07. Vous pouvez également vous inscrire au service d'opposition au démarchage téléphonique sur le portail officiel Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier (à Worldline – Service Bloctel, CS 61311, 41013 Blois Cedex).

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

Article 21 - Fiscalité

Le régime fiscal applicable est le régime français de l'assurance-vie au titre de la garantie décès.

Article 22 - 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 <https://www.prepar-vie.fr>, sur l'espace dédié Publications, celles des informations réglementées qui sont applicables à sa situation.

Figurent notamment sur cet espace les informations :

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

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

PREPAR-VIE, Filiale de la BRED Banque Populaire, Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 182 183 792 €. Siège social : Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy 33 Place ronde, CS 90241, 92800 Puteaux ; 323 087 379 RCS Nanterre (LEI : 969500WDOCIF97N6D206).

BRED Banque Populaire, Société Anonyme Coopérative de Banque Populaire, régie par les articles L.512-2 et suivants du monétaire et financier et l'ensemble des textes relatifs aux banques populaires et aux établissements de crédits au capital de 1 988 587 092,70 €. Siège social : 18 Quai de la Rapée – 75604 Paris cedex 12 - 552 091 795 RCS Paris (LEI NICH5Q04ADUV95N3Q390). Courtier en Assurance, inscrit au registre de l'ORIAS, sous le N°07 003 608.

PREPAR-VIE et BRED Banque Populaire sont des entités du Groupe BPCE, titulaires de l'identifiant unique REP Emballages Ménagers et Papiers n° FR232581_01QHNO (BPCE – SIRET 493 455 042).