

# PREVOYANCE PRO PLUS

## NOTICE D'INFORMATION

## **INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES EN CAS D'ADHESION À DISTANCE DE VOTRE CONTRAT**

**1.1** Le contrat d'assurance de groupe dit « Non Madelin » est souscrit par BPCE, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 197 856 880 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042 Siège social : 7, Promenade Germaine Sablon - 75013 Paris, en sa qualité d'organe central des Banques Populaires et des établissements de crédit affiliés, des Caisses d'Epargne et ses filiales, par application de l'article L512-107 du Code monétaire et financier, agissant pour le compte des établissements de crédit constituant le réseau des Banques Populaires et Caisses d'Epargne, et assuré auprès de BPCE Vie, société anonyme au capital de 161 469 776 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est 7, Promenade Germaine Sablon - 75013 Paris - immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 349 004 341., ci-après dénommées l'Assureur.

Le contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » est souscrit par l'APER ou l'ASSOCAMA auprès de BPCE Vie. BPCE Vie sont soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – Direction du contrôle des pratiques commerciales – 4 place de Budapest CS 92459 -75436 PARIS CEDEX 09.

**1.2** L'adhésion est conclue pour la durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à échéance anniversaire de l'adhésion. L'adhésion au contrat s'effectue selon les modalités décrites au paragraphe « Comment adhérer ? » de la présente notice d'information.

**1.3** Les modalités de paiement des cotisations sont indiquées au III. « Vos cotisations » de la présente notice d'information. La prime d'assurance est exigible dès la conclusion de l'adhésion.

**1.4** Les garanties d'assurance et exclusions du contrat sont mentionnées aux paragraphes « Quelles sont les garanties qui vous sont proposées ? » et « Qu'est-ce que le contrat ne prend pas en charge ? » de la présente notice d'information.

**1.5** L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat est valable jusqu'à la date de validité indiquée sur l'offre.

Les frais afférents à la vente à distance - coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents contractuels par l'assuré sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

**1.6** Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation, sont prévues au paragraphe « A partir de quand êtes-vous couvert ? ».

**1.7** Les relations précontractuelles et contractuelles avec l'assureur et BPCE sont régies par le droit français.

L'assureur et BPCE s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées au paragraphe « Qui contacter en cas de réclamation ? » de la notice d'information.

- Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (article L423-1 du Code des assurances).

## **PREVOYANCE PRO PLUS NOTICE D'INFORMATION « 124PPB.008 »**

### **Contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative**

La présente notice a pour objet de définir les garanties accordées au titre des contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » et « Non Madelin », souscrits auprès de **BPCE Vie**, société anonyme au capital de 161 469 776 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est 7, Promenade Germaine Sablon - 75013 Paris - immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 349 004 341., par :

- BPCE, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 197 856 880 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042 Siège social : 7, Promenade Germaine Sablon - 75013 Paris, en sa qualité d'organe central des Banques Populaires et des établissements de crédit affiliés, par application de l'article L.512-107 du Code monétaire et financier, agissant pour le compte des établissements de crédit constituant le réseau des Banques Populaires et des Caisses d'épargne, pour le contrat d'assurance de groupe dit "Non Madelin" n° 124PPBN.008.

- L'Association pour la Promotion de l'Épargne et de la Retraite (APER), qui a pour objet la création et le développement de tout produit d'épargne de retraite et de prévoyance, ou l'Association des Sociétaires de SOCAMA (ASSOCAMA), qui a pour objet de faciliter l'accès de ses membres aux produits et services proposés par un établissement bancaire du groupe BPCE dans les domaines bancaires et financiers, pour le contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » n°124PPBM.008.

BPCE Vie, **ci-après dénommée l'assureur**, est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – Direction du contrôle des pratiques commerciales – 4 place de Budapest CS 92459 -75436 PARIS CEDEX 09.

Ces contrats relèvent des branches 1, 2 et 20 de l'article R. 321-1 du Code des assurances, sont aléatoires et sont régis par la loi française ; tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de la présente notice sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.

Le Contrat d'assurance de groupe, ci-après dénommé « Contrat Madelin » est proposé à tout Travailleur Non Salarié non agricole et, le cas échéant, son conjoint collaborateur, (artisan, commerçant, ou profession libérale) qui souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale visée à l'article 154 Bis du Code général des impôts.

Le Contrat d'assurance de groupe, ci-après dénommé « Contrat Non Madelin » est proposé aux dirigeants salariés affiliés au régime de la Sécurité Sociale ou aux Travailleurs Non-Salariés agricoles et à leurs conjoints collaborateurs ainsi qu'aux Travailleurs Non-Salariés non agricoles qui souhaitent retenir des garanties non éligibles au dispositif qui lui est réservé.

#### **Dispositif fiscal Madelin :**

---

---

#### **BON A SAVOIR**

Pensez à fournir à l'**assureur** une attestation du paiement des cotisations dues au titre de votre régime obligatoire d'assurance maladie et d'assurance vieillesse pour bénéficier des avantages prévus par ce dispositif à l'adhésion et à chaque renouvellement.

---

---

Si en qualité de Travailleur Non Salarié (TNS) non agricole ou de conjoint collaborateur, vous souhaitez bénéficier du régime fiscal prévu par la loi n°94-126 du 11/02/1994 dite « Madelin », vous pouvez adhérer au contrat dit « Madelin ». Vous devez :

- ▮ relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code Général des Impôts.
- ▮ être à jour du paiement des cotisations au titre d'un régime obligatoire d'assurance maladie français

La couverture des Dividendes ne peut être prise en compte si vous optez pour le bénéfice des dispositions fiscales dites « loi Madelin ».

L'annexe fiscale détaille la fiscalité applicable au contrat « Madelin » au jour de l'adhésion.

Au sein de ces contrats d'assurance de groupe, plusieurs formules vous sont proposées. Elles comprennent toutes obligatoirement :

▮ la garantie Décès.

- ﺽ la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).
- ﺽ la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT).

Auxquelles s'ajoutent pour la formule « **Confort** » :

- ﻱ une garantie « Invalidité Permanente Partielle (IPP) » par suite de maladie ou accident.
- ﻱ une garantie « Invalidité Permanente Totale (IPT) », par suite de maladie ou accident.
- ﻱ une garantie « Capital complémentaire » en cas d'Invalidité Permanente Totale accidentelle.

La Formule « **Premium** » inclut en plus des garanties offerte par la Formule « **Confort** » :

- ﻱ une garantie « Couverture du Temps partiel thérapeutique ».
- ﻱ une garantie « Doublement de la prestation Décès ou PTIA en cas d'accident ».

**La souscription à la formule « Confort » ou « Premium » permet sous certaines conditions d'opter à une garantie complémentaire :** La garantie « Frais d'Exploitation Permanents (FEP) ».

## SOMMAIRE

PREVOYANCE PRO PLUS NOTICE D'INFORMATION « 124PPB.008 » .....	3
LEXIQUE.....	7
I. VOTRE ADHESION ET SES MODALITES.....	9
1. QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?.....	9
2. A QUEL CONTRAT ADHERER ? .....	9
II. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT ET LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE .....	10
3. QUELLES SONT LES FORMULES DE GARANTIES ET LES OPTIONS AUXQUELLES VOUS POUVEZ ADHERER ? .....	10
4. QUELLES SONT LES GARANTIES QUI VOUS SONT PROPOSEES ? .....	11
4.1 SOCLE DES GARANTIES .....	11
4.1.1 GARANTIE DECES .....	11
4.1.2 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) .....	11
4.1.3 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) .....	13
4.2 GARANTIES COMPLEMENTAIRES SELON LA FORMULE .....	13
4.2.1 GARANTIE « DOUBLEMENT DES PRESTATIONS DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE EN CAS D'ACCIDENT » (FORMULE « Premium ») .....	13
4.2.2 GARANTIES « INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) » ET « INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP) » (FORMULE « Confort » ET « Premium ») .....	13
4.2.3 GARANTIE « CAPITAL COMPLEMENTAIRE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) D'ORIGINE ACCIDENTELLE » (FORMULE « Confort », ET « Premium ») .....	14
4.2.4 GARANTIE « TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE » (FORMULE « Premium »).....	14
4.3 GARANTIES FACULTATIVES.....	14
4.3.1 « FRAIS D'EXPLOITATION PERMANENTS F.E.P. » (FORMULE « Confort », ET « Premium ») ....	14
5. A QUI SONT VERSEES LES PRESTATIONS ?.....	15
6.QUELS SONT LES MONTANTS DES PRESTATIONS GARANTIES ?.....	16
7.QUELLES SONT LES DUREES DES PRESTATIONS GARANTIES ?.....	17
8.QU'EST-CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE ?.....	17
9.COMMENT ADHERER ? .....	17
9.1 LES FORMALITES D'ADHESION .....	17
9.2 LA DECISION DE L'ASSUREUR.....	19
10.A PARTIR DE QUAND ETES-VOUS COUVERT ?.....	20
10.1 A QUELLE DATE EST CONCLUE VOTRE ADHESION ? .....	20
10.2 A QUELLE DATE PRENNENT EFFET VOS GARANTIES ?.....	20
10.3 QUELLE EST LA DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ? .....	20
11.COMMENT MODIFIER VOS GARANTIES EN COURS D'ADHESION ? .....	21
12.QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION PROFESSIONNELLE ? .....	22
13.COMMENT SONT INDEXEES VOS GARANTIES ET VOS COTISATIONS ? .....	22
14.COMMENT SONT REVALORISEES VOS PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE ?.....	23
15.QUAND PRENNENT FIN VOS PRESTATIONS ? .....	23
16.DANS QUEL PAYS ETES-VOUS COUVERT ? .....	23
III. VOS COTISATIONS.....	24
17. QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ? .....	24
18. COMMENT PAYER VOS COTISATIONS ? .....	24
19. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOS COTISATIONS ? .....	24
20. EST-CE QUE VOTRE COTISATION PEUT ETRE MODIFIEE ? .....	24
IV. EN CAS DE SINISTRE .....	25
21. QUELLES SONT LES MODALITES DE DECLARATION DES SINISTRES ? .....	25
22. DANS QUELLES CONDITIONS L'ASSUREUR PEUT DEMANDER UN CONTROLE MEDICAL ?.....	26
23. QUELLES SONT LES MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS ? .....	26
V. INFORMATIONS GENERALES.....	27
24. MODALITE DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION .....	27
25. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX.....	27
26. QUI CONTACTER EN CAS DE RECLAMATION ? .....	27

27. PRESCRIPTION .....	28
28. PROTECTION DE VOS DONNEES A CARACTERE PERSONNEL .....	28
29. FONDS DE GARANTIE .....	29
ANNEXE.....	30

## LEXIQUE

### ACCIDENT

Toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine, brutale, directe et exclusive d'une cause extérieure et étrangère à la volonté de l'assuré.

La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire de la prestation.

**Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Ne sont également pas considérés comme un Accident :**

- le suicide ;
- l'infection nosocomiale ;
- les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux.

### ASSURE

Est ainsi dénommé, tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie du contrat a pris effet. **Il est également désigné par le terme « vous » dans la présente notice.** Il est responsable des obligations définies aux présentes, notamment le paiement de cotisations. L'adhérent est l'assuré.

### BENEFICIAIRE (S)

Personne(s) physique(s) choisie(s) par l'assuré pour recevoir les prestations en cas de décès.

### BENEFICIAIRE ACCEPTANT

#### Modalités de l'acceptation du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire du contrat ne peut devenir Bénéficiaire acceptant que lorsque l'assuré y consent et lui donne expressément son accord. L'acceptation peut être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé par l'assuré et par le Bénéficiaire et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. Lorsque la désignation du Bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir qu'après l'expiration du délai de trente jours calendaires révolus suivant l'édition du certificat d'adhésion.

#### Conséquences de l'acceptation du Bénéficiaire

L'acceptation du Bénéficiaire rend la désignation du Bénéficiaire irrévocable : cela signifie que la modification de la stipulation au profit du Bénéficiaire n'est possible qu'avec l'accord du Bénéficiaire acceptant.

Dispositions prévues à l'article L.132-9 du Code des assurances.

### CANDIDAT A L'ASSURANCE

Est ainsi dénommée, toute personne physique ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au Contrat d'assurance de groupe mais pour laquelle les garanties n'ont pas encore pris effet. Lorsque l'assurance a pris effet, cette personne est dénommée « l'assuré ».

### CARENCE

Période pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date de conclusion de l'adhésion portée au certificat d'adhésion. Tout arrêt de travail à la suite d'une maladie survenue avant ou pendant ce délai est définitivement exclu des garanties.

### CONJOINT

Personne à laquelle l'assuré est uni par les liens du mariage. C'est uniquement en cas de prononcé de divorce que le conjoint perd cette qualité. En cas de séparation de corps ou de procédure de divorce en cours mais non aboutie, les conjoints conservent cette qualité. Si l'assuré souhaite exclure son conjoint en cas de séparation de corps ou de procédure de divorce, il devra le préciser expressément lors de la rédaction de sa clause bénéficiaire.

**Attention : dans la clause bénéficiaire type proposée le terme « conjoint » n'est assimilable ni au terme « conjoint collaborateur », ni au partenaire de PACS.**

### CONJOINT COLLABORATEUR

Personne travaillant bénévolement dans l'Entreprise de son Conjoint, mariée ou pacsée avec ce dernier ou, lorsque le conjoint est un travailleur non salarié agricole, vivant en concubinage avec le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, exerçant une activité professionnelle régulière dans l'entreprise commerciale, artisanale, libérale ou agricole, et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par le décret n°2006-966 du 1<sup>er</sup> août 2006 (les Conjoints salariés ou associés ne peuvent prétendre à ce statut).

Le Conjoint Collaborateur doit remplir les conditions suivantes :

- collaborer à l'entreprise régulièrement et effectivement,
- ne pas percevoir de rémunération
- être inscrit au registre du commerce et des sociétés (pour les commerçants), au répertoire des métiers (pour les artisans), ou au registre des entreprises (Alsace/Moselle).

### CREATEUR

Personne qui crée une société dont il assure, à la date de conclusion de l'adhésion, la gérance ou la direction depuis moins d'un an.

### (DATE DE) CONSOLIDATION

Date à laquelle l'état de santé de l'assuré s'est stabilisé, les conséquences de l'accident ou de la maladie deviennent permanentes et présumées définitives.

### DELAÏ DE FRANCHISE

Période pendant laquelle l'assureur ne verse pas de prestations. Le délai court à partir du 1<sup>er</sup> jour de chaque arrêt de travail. Les indemnités sont versées à partir du 1<sup>er</sup> jour suivant la durée de franchise indiquée sur le Certificat d'adhésion.

### **DIRIGEANT AFFILIÉ AU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES SALAIRES (MANDATAIRE SOCIAL)**

Président ou dirigeant de société sous forme de sociétés par actions simplifiées (SAS, SASU), société d'exercice libéral par actions simplifiées (SELAS), société à responsabilité limitée (SARL), société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL), société anonyme (SA), société d'exercice libéral à forme anonyme (SELAFA), gérants non associés de sociétés de personnes (SNC, SCA...), dirigeants de SCOP (sociétés coopératives et participatives).

### **ECHEANCE ANNIVERSAIRE**

Date de renouvellement de l'adhésion à partir de laquelle une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due. La date d'échéance anniversaire du contrat correspond au premier jour du mois suivant la date d'effet de l'adhésion.

### **FRANCHISE**

Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel une prise en charge est possible.

### **HERITIER (S)**

Au sens large, personne(s) qui succède(nt) au défunt par l'effet soit de la loi, soit du testament. Pour information, en cas de désignation des héritiers comme Bénéficiaires, le conjoint de l'assuré, non divorcé, fera partie des héritiers.

### **HOSPITALISATION**

Tout séjour, d'au moins 24 heures, dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, résultant d'une Maladie ou de la conséquence d'un Accident garanti. **Les séjours hospitaliers hors du territoire métropolitain, de Monaco, d'Andorre ou des DROM ne sont indemnisés au titre de la garantie que s'ils sont consécutifs à un accident.**

### **MALADIE**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Une grossesse pathologique est assimilée à la Maladie.

### **MICRO-ENTREPRENEUR**

Indépendants qui compte tenu d'un chiffre d'affaires peu élevé bénéficie d'un régime fiscal et social spécifiques pendant une période déterminée.

### **REPRENEUR**

Personne qui reprend une société dont il assure, à la date de conclusion de l'adhésion, la gérance ou la direction depuis moins d'un an.

### **REVENU PROFESSIONNEL**

Le revenu utilisé pour servir de base de calcul pour les garanties ITT et IPT/IPP. Il provient exclusivement de l'activité professionnelle mentionnée au Certificat d'adhésion ou l'avenant. Il correspond à la moyenne des revenus annuels nets fiscalement déclarés sur l'année précédente. Les dividendes pourront être intégrés aux revenus professionnels imposables sauf en cas d'option pour le dispositif fiscal Madelin.

### **TRAVAILLEUR NON SALARIE (TNS) NON AGRICOLE**

Travailleur indépendant qui peut avoir, notamment, les statuts suivants : Entrepreneur Individuel, gérant majoritaire de SARL, SELARL, SELURL, associé unique d'une EURL, gérant associé d'une SNC ou d'une SCP.

### **TRAVAILLEUR NON SALARIE (TNS) AGRICOLE**

Travailleur indépendant d'une exploitation ou d'une entreprise agricole affilié à la Mutualité Sociale Agricole qui peut avoir, notamment, les statuts suivants : Entrepreneur Individuel, Exploitant Agricole d'un GAEC, d'une EARL, d'un GFA, d'une SCEA.

### **TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE (OU MI-TEMPS THERAPEUTIQUE)**

Arrêt de travail à temps partiel pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant.



## I. VOTRE ADHESION ET SES MODALITES

### 1. QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?

Pour adhérer, vous ou votre entreprise devez être client du Groupe BPCE. Vous devez également remplir les conditions cumulatives suivantes :

- | être âgé de 18 ans minimum et de moins de 65 ans à la date de demande d'adhésion.
- | être affilié au régime obligatoire d'assurance maladie et vieillesse français.
- | résider en France métropolitaine, dans la principauté de Monaco ou dans un Département ou Région d'Outre-Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion) et y exercer votre activité professionnelle de manière effective, sans aménagement du temps et/ou des conditions de travail pour raison de santé.
- | exercer une activité non salariée ou être mandataire social.
- | être adhérent de l'ASSOCAMA ou de l'APER en cas d'adhésion au contrat d'assurance de groupe dit « Madelin ».

### 2. A QUEL CONTRAT ADHERER ?

Selon l'activité professionnelle que vous exercez, vous pourrez adhérer soit au Contrat d'assurance de groupe « Madelin » soit au contrat d'assurance de groupe dit « Non Madelin » (voir tableau ci-dessous).

Votre activité devra être non exclue par le contrat et être exercée de manière effective, régulière et continue (hors emploi saisonnier).

**Les garanties cessent automatiquement si vous changez de profession en cours d'adhésion pour une des professions exclues.**

SITUATION PROFESSIONNELLE	CONTRAT MADELIN	PROFESSIONS EXCLUES
Travailleur Non Salarié (TNS) non agricole ou son Conjoint Collaborateur (sauf micro entrepreneur) bénéficiant du dispositif fiscal « Madelin ».	☞	Artificier, bûcheron, carrier, cascadeur, constructeur de galerie, constructeur de tunnel, métiers de la construction métallique, dompteur, foreur, forestier, granitier, guide de haute montagne, homme grenouille, marbrier, moniteur de ski, monteur (ou démonteur) de plate-forme, puisatier, scaphandrier, marin pêcheur en haute-mer, sportif professionnel, tailleur de pierres.
SITUATION PROFESSIONNELLE	CONTRAT NON MADELIN	PROFESSIONS EXCLUES
Travailleur Non Salarié (TNS) non agricole ou son Conjoint Collaborateur ayant le statut de micro entrepreneur.	☞	Artificier, bûcheron, carrier, cascadeur, constructeur de galerie, constructeur de tunnel, métiers de la construction métallique, dompteur, foreur, forestier, granitier, guide de haute montagne, homme grenouille, marbrier, moniteur de ski, monteur (ou démonteur) de plate-forme, puisatier, scaphandrier, marin pêcheur en haute-mer, sportif professionnel, tailleur de pierres.
Dirigeant affilié au régime de Sécurité sociale des salariés (mandataire social)	☞	
Travailleur Non Salarié (TNS) agricole ou son Conjoint Collaborateur	☞	Bûcheron, débardeur, élagueur, exploitant forestier, sylviculteur.

## II. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT ET LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE

### 3. QUELLES SONT LES FORMULES DE GARANTIES ET LES OPTIONS AUXQUELLES VOUS POUVEZ ADHERER ?

	« Essentiel »	« Confort »	« Premium »
DECES	⤵	⤵	⤵
PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	⤵	⤵	⤵
DOUBLEMENT DE LA PRESTATION EN CAS DE DECES OU PTIA ACCIDENTEL	X	X	⤵
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)	⤵	⤵	⤵
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP)	X	⤵	⤵
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT)	X	⤵	⤵
CAPITAL COMPLEMENTAIRE EN CAS D'IPT ACCIDENTELLE	X	⤵	⤵
MI-TEMPS THERAPEUTIQUE	X	X	⤵
GARANTIES FACULTATIVES			
FRAIS D'EXPLOITATION PERMANENTS (F.E.P)	X	⤵	⤵

## 4. QUELLES SONT LES GARANTIES QUI VOUS SONT PROPOSEES ?

### 4.1 SOCLE DES GARANTIES

Quelle que soit la formule choisie, vous bénéficiez des trois garanties suivantes :

#### 4.1.1 GARANTIE DECES

En cas de Décès à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, avant l'âge limite de fin de garantie, l'assureur procède au versement :

- ↳ d'une rente dans le cadre du contrat « Madelin »,
- ↳ d'un capital ou d'une rente selon votre choix dans le cadre du contrat « non Madelin ». Ce choix est irrévocable.

Le versement de la rente s'effectue en 50 mensualités à terme échu. Il cesse en cas de décès du bénéficiaire.

#### **BON A SAVOIR :**

Vous êtes couvert en cas de Décès à la suite d'un Accident si le décès survient dans un délai de 12 mois suivant la date de l'Accident.

#### 4.1.2 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, avant l'âge limite de fin de garantie, l'assureur procède au versement :

- ↳ d'une rente dans le cadre du contrat dit « Madelin »,
- ↳ d'un capital ou d'une rente selon votre choix dans le cadre du contrat dit « non Madelin ». Ce choix est irrévocable.

Le versement de la rente s'effectue en 50 mensualités à terme échu. En cas de décès de l'assuré en cours de règlement, la rente continue à être versée jusqu'au terme prévu au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

La PTIA reconnue par l'assureur doit être survenue avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 75<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

---

#### **QUE VEUT DIRE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) ?**

**Vous êtes considéré en PTIA lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement :**

- **vous êtes dans l'impossibilité totale et définitive de vous livrer à la moindre activité vous procurant gain ou profit.**
  - **cette invalidité vous met définitivement dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (s'alimenter, se laver, se déplacer, s'habiller).**
- 

#### 4.1.3 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail à la suite d'un Accident ou d'une Maladie reconnue par le Médecin Conseil, l'assureur procède au versement d'indemnités mensuelles pendant une période limitée et à l'issue du délai de franchise, différents selon la formule choisie.

La garantie cesse à la date de mise à la retraite ou de préretraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause (y compris la mise à la retraite pour invalidité, inaptitude ou autre sauf si celle-ci est directement liée à la cause ayant entraîné la prise en charge de la garantie). En revanche, la prise en charge est maintenue lorsque l'assuré bénéficie des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite.

Le montant des indemnités journalières ne peut pas être supérieur aux revenus de l'assuré.

---

### QUE VEUT DIRE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ?

**Vous êtes considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail par le Médecin Conseil lorsque vous vous trouvez temporairement dans l'impossibilité absolue, complète et continue d'exercer l'activité professionnelle déclarée.**

---

#### Franchise

L'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu à l'expiration du délai de franchise mentionné dans le tableau ci-dessous, qui varie en fonction de l'origine de votre incapacité de travail (Accident/ Hospitalisation/Maladie).

---

### QUE VEUT DIRE UN DELAI DE FRANCHISE ?

**Il s'agit du nombre de jours consécutifs qui s'écoule entre le début de l'arrêt de travail et la prise en charge par l'assureur. En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail d'une durée inférieure ou égale à la franchise retenue, aucune indemnité journalière n'est due.**

---

FRANCHISE	« Essentiel »	« Confort »	« Premium »
MALADIE	15 jours	7 jours	3 jours
ACCIDENT	3 jours	3 jours	Aucune
HOSPITALISATION	15 jours Maladie/ 3 jours Accident	3 jours	Aucune
COUVERTURE DES AFFECTIIONS DE LA COLONNE VERTEBRALE ET DES AFFECTIIONS NEUROPSYCHIQUES	X	180 jours	90 jours

En cas d'hospitalisation de plus de 3 jours pour « **Confort** », l'indemnité journalière est versée à compter du 4<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation. En conséquence, pour toute hospitalisation de moins de 3 jours ou égale à 3 jours, la franchise « hospitalisation » ne s'applique pas (application de la franchise « accident » ou « maladie »).

Si une hospitalisation est à l'origine de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, seule la franchise « hospitalisation » sera appliquée.

En cas d'hospitalisation, si une franchise est en cours d'application (que ce soit pour Maladie ou Accident), la franchise « Hospitalisation » ne s'applique pas quelle que soit la formule choisie.

De plus, si vous êtes hospitalisé pour cause de Maladie une fois la période de franchise Maladie écoulée, la franchise Hospitalisation ne s'appliquera pas. Si vous êtes hospitalisé pour cause d'Accident, c'est la franchise Accident qui s'applique.

Enfin, la franchise « hospitalisation » ne s'applique pas lorsque l'hospitalisation intervient au cours d'un arrêt de travail **indemnisé** par l'assureur.

**La franchise de 180 jours ou de 90 jours (selon la formule choisie) continue à s'appliquer s'il s'agit de la prise en charge des affections de la colonne vertébrale et des affections neuropsychiques.**

## 4.2 GARANTIES COMPLEMENTAIRES SELON LA FORMULE

### 4.2.1 GARANTIE « DOUBLEMENT DES PRESTATIONS DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE EN CAS D'ACCIDENT » (FORMULE « Premium »)

En cas de Décès ou de reconnaissance d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenu(e) dans les douze (12) mois d'un Accident, avant l'âge limite de fin de garantie, l'assureur procède à un versement d'un montant identique au capital garanti en cas de décès ou PTIA. Les modalités de versement seront identiques à celles de la prestation en cas de décès ou PTIA (rente ou capital).

### 4.2.2 GARANTIES « INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) » ET « INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP) » (FORMULE « Confort » ET « Premium »)

En cas d'Invalidité Permanente Totale et en cas d'Invalidité Permanente Partielle, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, correspondant aux critères définis au présent contrat et reconnue par le Médecin Conseil, l'assureur procède au versement d'une rente mensuelle.

La garantie cesse à la date de mise à la retraite ou de préretraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause (y compris la mise à la retraite pour invalidité, inaptitude ou autre sauf si celle-ci est directement liée à la cause ayant entraîné la prise en charge de la garantie).

En revanche, la prise en charge est maintenue lorsque l'assuré bénéficie des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite

La garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle intervient en relais de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail. La qualification en Invalidité Permanente Totale ou Partielle est effectuée par un expert médical désigné par le Médecin Conseil de l'assureur qui fixera le taux contractuel d'invalidité sur la base du barème croisé ci-dessous qui tient compte du taux d'invalidité permanente professionnelle et le taux d'invalidité permanente fonctionnelle :

Taux d'invalidité permanente professionnelle	Taux d'invalidité permanente fonctionnelle									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%						33%	37%	40%	43%	46%
20%					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30%				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40%			33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50%			36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60%			38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70%			40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80%			42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90%		33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100%		34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

Le taux d'invalidité est inférieur à 33% :  
**l'assuré n'est pas en invalidité permanente au titre de ce contrat.**

Le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66% :  
**l'assuré est en invalidité permanente partielle.**

Le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66% :  
**l'assuré est en invalidité permanente totale.**

### COMMENT EST CALCULE LE TAUX D'INVALIDITE PERMANENTE FONCTIONNELLE ?

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique ou mentale, à la suite de votre accident ou de votre maladie par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité de droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

### COMMENT EST CALCULE LE TAUX D'INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE ?

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'invalidité dont vous êtes atteint et ce par rapport à votre profession au moment du sinistre. Le taux tient compte de la façon dont vous exerciez votre profession antérieurement à votre maladie ou votre accident, de ses conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercices restantes ainsi que des possibilités d'aménagement dans l'exercice de votre profession. Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

---

### QUE VEUT DIRE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE ?

**Vous êtes considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle quand vos capacités physique et professionnelle sont réduites et qu'elles ont conduit l'expert désigné par le Médecin Conseil de l'assureur à vous reconnaître en invalidité définitive et à vous attribuer un taux d'invalidité permanente supérieur ou égal à 33% sur la base du barème croisé du contrat.**

**Vous êtes considéré en état d'Invalidité Permanente Totale quand vos capacités physique et professionnelle sont réduites et qu'elles ont conduit l'expert désigné par le Médecin Conseil de l'assureur à vous reconnaître en invalidité définitive et à vous attribuer un taux d'invalidité permanente au moins égal à 66% sur la base du barème croisé du contrat.**

---

#### 4.2.3 GARANTIE « CAPITAL COMPLEMENTAIRE EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT D'ORIGINE ACCIDENTELLE » (FORMULE « Confort », ET « Premium »)

En cas d'Invalidité Permanente Totale **d'origine accidentelle** conformément aux critères définis au contrat, l'assureur procède au versement d'un capital calculé sur la base de 12 mensualités de la rente versée au titre de l'IPT. Ce capital est versé dans les deux mois qui suivent la date de reconnaissance de l'IPT.

Cette garantie n'est pas déductible du dispositif fiscal Madelin.

#### 4.2.4 GARANTIE « TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE » (FORMULE « Premium »)

En cas d'interruption de la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » et de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique, l'assureur procède au versement d'indemnités journalières. Elles correspondent à 50% des indemnités journalières que l'assureur versait au titre des garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) » et « Frais d'Exploitation Permanents » pour une durée maximum de 6 mois, sous réserve que la prise en charge globale par l'assureur au titre de l'ITT et du temps partiel thérapeutique ne soit pas supérieure à 36 mois.

### 4.3 GARANTIES FACULTATIVES

#### 4.3.1 « FRAIS D'EXPLOITATION PERMANENTS F.E.P. » (FORMULE « Confort », ET « Premium »)

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail prise en charge par l'assureur, à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'assureur procède au versement d'indemnités journalières visant à couvrir les frais occasionnés par l'interruption de l'activité professionnelle de l'assuré. Cette prise en charge dure tant que des indemnités sont perçues au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail dans la limite de 365 jours (franchise incluse).

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif d'une activité professionnelle à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Cette garantie facultative n'est pas proposée au Conjoint Collaborateur, au Créateur ou Repreneur. Elle n'est pas déductible du dispositif fiscal Madelin. Pour souscrire à cette option, vous devez avoir au moins deux ans d'activité professionnelle.

### A QUOI CORRESPONDENT LES FRAIS D'EXPLOITATION PERMANENTS ?

Il s'agit de la moyenne des frais figurant sur vos déclarations fiscales au cours des deux derniers exercices civils précédant la date de mise en Incapacité Temporaire Totale de travail. Ce sont les frais généraux permanents (hors TVA lorsque celle-ci est récupérable) notamment :

- les loyers et/ou charges relatifs aux locaux professionnels,
- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyers et charges, entretien et réparation des locaux professionnels,
- les salaires (à l'exception de ceux de l'assuré) et les charges sociales personnelles et obligatoires,
- la taxe professionnelle,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels,
- le coût des locations de matériel et mobilier (y compris le crédit-bail),
- les cotisations aux organismes professionnels et sociaux obligatoires, abonnements, assurances professionnelles, les mensualités d'emprunts ou de crédits-bails professionnels à condition qu'ils ne soient pas pris en charge par une autre assurance.

**Ne sont pas considérés comme des Frais d'Exploitation Permanents :**

- le salaire de l'assuré,

- | les achats de marchandises, de matières premières ou d'approvisionnements,
- | les amortissements et les provisions,
- | les charges sociales personnelles facultatives,
- | les impôts et taxes.

En cas de baisse ou d'augmentation des Frais d'exploitation en cours d'adhésion, il appartient à l'assuré de prendre contact avec l'assureur pour demander un réajustement de ses garanties.

## 5. A QUI SONT VERSEES LES PRESTATIONS ?

Selon le type de garantie, soit l'assureur vous verse les prestations soit il les verse au(x) Bénéficiaire(s) que vous aurez désigné(s).

	PRESTATION VERSEE A L'ASSURE	PRESTATION VERSEE AUX BENEFICIAIRES DESIGNES
DECES	X	↵
DOUBLEMENT DE LA PRESTATION EN CAS DE DECES ACCIDENTEL	X	↵
PERTE TOTALE ET IRRVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	↵	↵ En cas de décès de l'assuré
DOUBLEMENT DE LA PRESTATION EN CAS DE PTIA ACCIDENTEL	↵	X
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)	↵	X
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT)	↵	X
CAPITAL COMPLEMENTAIRE EN CAS D'IPT ACCIDENTELLE	↵	X
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP)	↵	X
FRAIS D'EXPLOITATION PERMANENTS F.E.P.	↵ Ou la Personne Morale dont il dépend	X

Le versement de la rente cesse au décès de votre (vos) Bénéficiaire(s) désigné(s).

**En l'absence de désignation de bénéficiaire, l'assureur verse la prestation à votre conjoint à la date du décès, à défaut à votre (vos) enfant(s) né(s) ou à naître, vivant(s) ou représenté(s), à défaut à votre (vos) héritier(s) selon les règles de la dévolution successorale.**

## QUI PEUT-ON DESIGNER COMME BENEFICIAIRES ?

Vous pouvez désigner une ou plusieurs personnes (physiques ou morale) comme bénéficiaire des prestations en cas de décès. Vous pouvez la désigner en la ou les nommant expressément ou en indiquant sa qualité (exemple mon conjoint). Lorsque vous désignez nommément un bénéficiaire, nous vous recommandons de porter en plus de son nom, prénom, sa date, son lieu de naissance et ses coordonnées afin qu'aucune confusion ne soit possible.

**Attention : le partenaire de PACS n'est pas considéré comme un conjoint dans le cadre de la clause bénéficiaire. Si vous souhaitez que votre partenaire de PACS soit bénéficiaire, il convient de le désigner nommément.**

## COMMENT DESIGNE-T-ON DES BENEFICIAIRES ?

Vous pouvez désigner vos bénéficiaires sur le bulletin d'adhésion ou annexer à celui-ci une lettre manuscrite (on parle d'acte sous seing privé) ou en vous rendant chez votre notaire (on parle alors d'acte authentique). Dans ce cas, il convient de préciser sur le bulletin d'adhésion l'existence de cet acte authentique (testament ou dépôt de la clause bénéficiaire au rang des minutes du notaire).

## PEUT-ON MODIFIER LES BENEFICIAIRES DU CONTRAT ?

Les prestations qui doivent vous être versées ne peuvent être versées à un autre bénéficiaire (sauf si le contrat le prévoit déjà). En revanche, à tout moment, vous pouvez décider de modifier les bénéficiaires des prestations en cas de décès. En cours d'adhésion, nous vous recommandons d'ailleurs de modifier votre clause bénéficiaire si elle n'est plus appropriée à votre situation personnelle par exemple.

Cette modification peut être faite au moyen d'un document fourni par votre conseiller ou selon les mêmes modalités que précisées plus haut. Pour qu'elle puisse produire ses effets, cette modification de clause bénéficiaire devra être communiquée à l'assureur. Son enregistrement par l'assureur est constaté par un avenant.

### BON A SAVOIR :

Si vous avez consenti à l'acceptation d'un(des) Bénéficiaire(s), sa(leur) désignation devient irrévocable. La modification de la clause bénéficiaire ne sera alors possible qu'avec l'accord d'un (des) Bénéficiaire(s) acceptant(s).

*L'assureur attire l'attention de l'assuré sur les modalités et conséquences de l'acceptation du contrat par le(s) Bénéficiaire(s), détaillées dans le lexique au terme « Bénéficiaire acceptant ».*

## 6. QUELS SONT LES MONTANTS DES PRESTATIONS GARANTIES ?

DECES/PTIA	ITT	IPP/IPT	FRAIS D'EXPLOITATION PERMANENTS
En cas de versement en capital :	Indemnité mensuelle	<b>100%</b> du montant de l'indemnité mensuelle ITT en cas de taux d'invalidité supérieur ou égal à 66%.	Indemnité journalière correspondant à 1/365 <sup>ème</sup> de la moyenne des frais de fonctionnement annuels constatés des deux derniers exercices précédant le choix du montant de la garantie.
- Au choix par tranche de 5 000 € :	- Au choix (1) par tranche de 100 € <b>en fonction de votre revenu annuel déclaré (2)</b>	Ou	<b>Au choix par tranche de 100 €</b>
<b>Minimum : 25 000 € Pas de maximum</b>	<b>Minimum : 500 € Maximum : 20 000 € sauf pour</b>	<b>50%</b> du montant de l'indemnité mensuelle ITT en cas de taux d'invalidité supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.	<b>Minimum : 500 € Maximum : 8 000 €</b>
En cas de versement en rente :	<b>le Conjoint Collaborateur (10 000 € maximum)</b>	<b>Aucune prestation</b> si le taux d'invalidité est inférieur à 33%.	<b>L'indemnité journalière ne peut excéder 1/365<sup>ème</sup> des frais de fonctionnement constatés.</b>
- Au choix par tranche de 100€ :	<b>et le Créateur ou Repreneur (3 000 €)</b>		
<b>Minimum 500 € Pas de maximum</b>	Sans que ce montant puisse être supérieur à 50% du montant retenu par son Conjoint pour son propre compte pour le Conjoint Collaborateur.		

(1) Le montant des garanties ITT et IPT/IPP est choisi en fonction :

- ┆ du montant de vos Revenus professionnels déclarés à l'assureur, sans que ce montant n'ait pour effet de vous procurer un revenu de remplacement supérieur au revenu net imposable déclaré à l'administration fiscale au moment de votre demande.
- ┆ et/ou du montant des Dividendes, limité au montant de vos derniers Dividendes déclarés à l'administration fiscale issus de l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion (si vous n'avez pas opté pour le dispositif Madelin).

(2) Il s'agit des montants mentionnés dans votre déclaration de revenu à l'administration fiscale dans la rubrique « Bénéfices » ou « Traitements & Salaires » en fonction de votre régime fiscal.

Si le revenu professionnel est inférieur à 500 € par mois, les prestations sont définies forfaitairement, sans devoir correspondre aux revenus réels de l'activité, dans la limite du plafond défini dans le tableau ci-dessus.

### ┆ Indemnisation par paliers pour la garantie ITT

Si vous êtes affilié à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales (CNAVPL) deux montants d'indemnités mensuelles pour la garantie ITT doivent être déterminés :

- un montant pour les 90 premiers jours d'arrêt de travail (franchise incluse),
- puis un montant s'appliquant à compter du 91<sup>ème</sup> jour.

**Pour le contrat « Madelin », ces montants s'entendent en dehors des prélèvements sociaux et fiscaux en vigueur.**



## 7. QUELLES SONT LES DUREES DES PRESTATIONS GARANTIES ?

DUREE MAXIMUM	«Essentiel»	« Confort »	«Premium»
ITT (franchise incluse)	365 JOURS (1)	1 095 JOURS (1)	1 095 JOURS (1)

(1) Les prestations cessent avant lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite (hors cumul emploi-retraite) et au plus tard à la date d'échéance anniversaire de son adhésion qui suit son 67<sup>ème</sup> anniversaire.

## 8. QU'EST-CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE ?

**POUR TOUTES LES GARANTIES, N'EST PAS COUVERT LE SINISTRE RESULTANT :**

- | DES ATTEINTES CORPORELLES QUI RESULTENT DU FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURE.
- | DU SUICIDE OU TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURE AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE QUI SUIVRA LA DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION OU D'UNE AUGMENTATION DE GARANTIE DEMANDEE PAR L'ASSURE, POUR LA PART SUPPLEMENTAIRE.
- | DE L'USAGE, PAR L'ASSURE, DE STUPEFIANTS OU DE PRODUITS MEDICAMENTEUX NON PRESCRITS MEDICALEMENT OU A DES QUANTITES NON PRESCRITES MEDICALEMENT.
- | D'UNE EXPLOSION ATOMIQUE OU DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA RADIOACTIVITE.
- | DE LA GUERRE ETRANGERE OU CIVILE OU DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES EMEUTES, GREVES, MOUVEMENTS POPULAIRES OU ACTES DE TERRORISME.
- | DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES OU AGRESSIONS, SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE.
- | DE L'UTILISATION, PAR L'ASSURE, D'ENGINS TERRESTRES OU MARITIMES (VEHICULES OU EMBARCATIONS), A MOTEUR OU NON, EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER, POUR PARTICIPER A DES COMPETITIONS PROFESSIONNELLES OU SPORTIVES, OU A LEURS ESSAIS, A DES PARIS OU A DES TENTATIVES DE RECORDS.
- | D'UN DES ACTIVITES AERIENNES SUIVANTES : COMPETITIONS, DEMONSTRATIONS, ACROBATIES, RAIDS, ACTIVITES DE NAVIGANT MILITAIRE, TENTATIVES DE RECORDS, VOLS SUR PROTOTYPES, SUR ULM (ULTRA LEGER MOTORISE), SUR APPAREILS NON HOMOLOGUES, VOLS SUR AILES VOLANTES OU SUR PARAPENTES, PARACHUTE.
- | LA PRATIQUE DES SPORTS OU ACTIVITES DE LOISIRS SUIVANTS : PLONGEE OU PECHE SOUS-MARINE AU-DELA DE 20 METRES, SPORTS DE COMBAT OU ARTS MARTIAUX, DESCENTE DE RAPIDES, SAUT A L'ELASTIQUE, SPELEOLOGIE, SPORTS OU ACTIVITES DE NEIGE OU DE GLACE (AUTRE QUE LA PRATIQUE AMATEUR SUR PISTE REGLEMENTEE ET OUVERTE DU SKI ALPIN OU DE FOND, DU MONOSKI ET DU SURF AINSI QUE DU PATINAGE).
- | UN ETAT D'IMPREGNATION ALCOOLIQUE DE L'ASSURE CARACTERISE PAR UNE CONCENTRATION D'ALCOOL DANS LE SANG OU DANS L'AIR EXPIRE EGALE OU SUPERIEURE AUX TAUX FIXES PAR LES DISPOSITIONS LEGISLATIVES OU REGLEMENTAIRES DU CODE DE LA ROUTE.

**EN COMPLEMENT DES RISQUES EXCLUS CI-DESSUS, SONT EXCLUES DES PRESENTES GARANTIES, L'ITT, L'IPP ET L'IPT RESULTANT :**

- | D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL SURVENANT AU COURS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION AUTRE QUE LA PROFESSION DECLAREE A L'ADHESION OU EN COURS D'ADHESION.
- | DES ACCIDENTS OU MALADIES SURVENANT PENDANT LA DUREE DES CONGES LEGAUX DE MATERNITE ET PATERNITE QUI CORRESPONDENT A LA PERIODE INDEMNISEE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE.
- | D'UNE CURE (THERMALE, HELIO-MARINE), D'UN TRAITEMENT ESTHETIQUE, D'UN SEJOUR EN MAISON DE REPOS, DE CONVALESCENCE, DE REGIME, EN CENTRE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE, EN CENTRE DE DETENTE OU DE « REMISE EN FORME ».

**NE SONT PAS PRIS EN CHARGE, DANS LE CADRE DE LA FORMULE « INITIAL » LES ITT RESULTANT :**

- | DES AFFECTIONS DE LA COLONNE VERTEBRALE SUIVANTES : ATTEINTES DE LA COLONNE VERTEBRALE, HERNIE DISCALE, DISCOPATHIE, LUMBAGO, LOMBALGIE, SCIATIQUE, NEURALGIE, TASSEMENT VERTEBRAL. TOUTEFOIS, LA GARANTIE EST ACQUISE DES LORS QU'IL Y A FRACTURE D'UNE VERTEBRE OU LORSQUE LE TRAUMATISME ENTRAINE UNE PARAPLEGIE TOTALE.
- | DES TROUBLES NEUROPSYCHIQUES SUIVANTS : NEVROSE, PSYCHOSE, DEPRESSION, TROUBLE BIPOLAIRE, TROUBLE ANXIEUX, ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE, BURN-OUT, SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE OU SYNDROME D'EHLERS-DANLOS Y COMPRIS SI CE TROUBLE OU CETTE MANIFESTATION EST EN RELATION AVEC UN FAIT GARANTI.

## 9. COMMENT ADHERER ?

### 9.1 LES FORMALITES D'ADHESION

Les formalités d'adhésion varient en fonction de votre profession, de votre état de santé, de votre âge, du montant de la garantie, en tenant compte, le cas échéant, du montant cumulé des capitaux garantis au titre des adhésions aux contrats conclus pour le même risque auprès de l'assureur.

Vous devez compléter et signer :

- Un bulletin d'adhésion, accompagné d'un mandat SEPA et de vos coordonnées bancaires.  
L'assuré doit déclarer sur son bulletin d'adhésion sa profession exacte ainsi que le secteur de son activité par le code NAF.

En tant que conjoint collaborateur vous devez obligatoirement être inscrit en fonction de la nature de l'activité au RCS, au RM, aux URSSAF ou auprès du Tribunal de commerce ou de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

#### BON A SAVOIR :

Les Assurés sont répartis en trois groupes pour prendre en compte le niveau de risque correspondant à leur activité professionnelle.  
**A l'adhésion, l'assureur indique la catégorie tarifaire dont le demandeur relève. Le montant de la cotisation qui sera due par l'assuré dépendra du groupe auquel il aura été affecté.**

- Un questionnaire de santé simplifié et/ou une fiche de santé le cas échéant, pièce obligatoire à fournir sans laquelle l'assureur ne peut prendre sa décision.

Vous devez répondre à un questionnaire de santé simplifié composé de trois questions si vous remplissez les conditions suivantes :

- vous êtes âgé de moins de 55 ans.
- vous avez choisi un montant inférieur ou égal à 150 000 € pour la garantie Décès et PTIA.
- vous avez choisi un montant inférieur ou égal à 2 000 € / mois pour la garantie ITT et FEP (Le montant des garanties ITT et FEP se cumulent).

Vous devez répondre à un questionnaire de santé simplifié composé de cinq questions, si vous remplissez les conditions suivantes :

- vous êtes âgé de moins de 55 ans
- vous avez choisi un montant supérieur à 150 000 € et inférieur ou égal à 300 000 € pour la garantie Décès et PTIA
- vous avez choisi un montant inférieur ou égal à 2 000 € / mois pour la garantie ITT et FEP (Le montant des garanties ITT et FEP se cumulent).

Ces plafonds de montant de garanties comprennent les garanties Décès/PTIA et Incapacité Temporaire de Totale de travail souscrites auprès de BPCE Vie au titre de contrats antérieurs.

Vous devez compléter une fiche de santé :

- si vous ne remplissez pas une de ces conditions,
- si vous n'avez pas pu répondre négativement à toutes les questions du questionnaire de santé simplifié (3 ou 5 questions)
- si vous avez complété une fiche de santé lors d'une adhésion antérieure à un contrat assuré par BPCE Vie .

La transmission du questionnaire de santé (Questionnaire de Santé Simplifié ou Fiche de Santé) est :

- automatique si vous avez choisi la signature dématérialisée (procédure de télédéclaration sécurisée).
- à effectuer par vos soins si vous avez choisi la signature manuscrite sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur.

A compter de sa signature, la durée de validité de cette fiche est de 6 mois.

Certains examens médicaux pourront vous être demandés. Leurs résultats seront communiqués au médecin-conseil de l'assureur. Pour répondre aux demandes de formalités médicales, vous pouvez utiliser des examens médicaux précédemment réalisés et les fournir, au Médecin Conseil de l'assureur, dans un délai de moins de six mois après leur réalisation. Le cas échéant, vous devrez les effectuer de nouveau.

- Un questionnaire technique et financier :

Ce questionnaire technique et financier vous sera demandé dès lors que :

- le montant cumulé des capitaux garantis pour la garantie Décès, au titre de l'ensemble des adhésions déjà contractées auprès de l'assureur et cette demande d'adhésion est supérieur à 1000000€ quels que soient votre âge et la formule choisie.
- le montant des indemnités mensuelles choisi au titre de la garantie ITT est supérieur ou égal à 6 000 €.

Ce questionnaire devra être accompagné de vos 3 derniers avis d'imposition.

### BON A SAVOIR :

Nous attirons votre attention sur le fait que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre adhésion, conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Le bulletin d'adhésion, le mandat SEPA, le questionnaire de santé simplifié (3 ou 5 questions) ou la fiche de santé et le questionnaire technique et financier (si demandé) doivent être signés et transmis à l'assureur. A défaut de signature et de transmission de l'un de ces documents dans le délai de 30 jours à compter de la date de la demande d'adhésion, l'adhésion est considérée comme non conforme et non acceptée et la couverture provisoire ne prend alors pas effet.

### SUIS-JE GARANTI(E) DURANT LA PERIODE OU S'EFFECTUENT LES FORMALITES D'ADHESION ?

- ▮ **Si vous n'avez pas fait de demande de prise d'effet différée** : vous bénéficiez dès l'adhésion d'une couverture provisoire en cas de décès : le décès, s'il résulte d'un accident, est garanti dès la signature de la demande d'adhésion, sous réserve de la complétude du dossier.

Cette garantie accidentelle cesse au jour de la prise d'effet des garanties, et dans tous les cas, **au plus tard 90 jours après la date de signature du bulletin d'adhésion**.

**Attention : Le capital garanti au titre de cette couverture provisoire correspond au montant choisi à l'adhésion pour la garantie en cas de décès sans pouvoir excéder 150 000 euros.**

- ▮ **Si vous avez fait une demande de prise d'effet différée** : vous ne bénéficiez pas de la couverture provisoire.

### 9.2 LA DECISION DE L'ASSUREUR

A réception des pièces, l'assureur étudie la complétude de votre demande. En parallèle, le Médecin Conseil procède à l'examen des éléments médicaux.

L'acceptation de votre demande prend en considération vos réponses aux différents questionnaires mais aussi votre activité professionnelle (profession comportant un travail manuel et/ou un outillage mécanique et manipulation d'explosifs, travail sur échafaudage, des déplacements professionnels).

Cette étude peut conduire :

- ↳ à l'acceptation du risque à des conditions normales, c'est-à-dire sans réserve.
- ↳ au refus d'assurance.
- ↳ à l'acceptation du risque à des conditions spéciales (application d'un complément de cotisation et/ou limitation du champ d'application des garanties).

Dans ce dernier cas, l'assureur vous adresse une contre-proposition d'assurance. Vous disposez, dès l'émission de cette contre-proposition, **d'un délai de 30 jours calendaires** pour accepter les conditions spéciales en renvoyant un exemplaire daté et signé de cette contre-proposition à l'assureur.

En cas de non-retour de cette contre-proposition d'assurance signée dans ce délai ou en cas de refus des conditions spéciales de votre part, l'adhésion est considérée comme non acceptée par l'assureur.

Si vous souhaitez faire appel de cette décision, vous pouvez solliciter la révision de votre dossier auprès du Médecin Conseil de l'assureur. L'assureur s'engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises.

### BON A SAVOIR :

Si une évolution de l'état de santé survient avant la date de conclusion de l'adhésion et modifie les réponses apportées sur le questionnaire de santé simplifié ou la fiche de santé lors de la demande d'adhésion, vous êtes tenu d'en informer l'assureur, sous peine de nullité de l'adhésion.

L'acceptation de l'adhésion est matérialisée par la remise à l'assuré d'un certificat d'adhésion faisant foi des garanties qui lui sont accordées.

Le Contrat d'assurance est constitué par :

- ↳ la présente Notice d'information contenant notamment un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.
- ↳ le bulletin d'adhésion.
- ↳ le certificat d'adhésion.
- ↳ le questionnaire de santé simplifié ( 3 ou 5 questions) et la fiche de santé le cas échéant.
- ↳ le questionnaire technique et financier le cas échéant.

et les avenants éventuels qui interviendront durant la durée de votre contrat.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Les documents ci-dessus peuvent prendre la forme d'un écrit sur support papier ou d'un écrit électronique.

**Il ne peut être conclu qu'une seule adhésion sur la tête d'un même assuré.**

## **PUIS-JE CHANGER D'AVIS APRES AVOIR EU LA CONFIRMATION DE L'ASSUREUR ?**

### **Faculté de renonciation**

**En cas de démarchage** (article L.112-9 du Code des assurances), « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

**En cas d'adhésion conclue à distance**, vous bénéficiez également d'un délai de renonciation en application de l'article L112-2-1 du Code des assurances, qui commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L.222-6 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion est conclue).

**Au titre de la présente notice d'information, ce délai est porté dans les deux cas à 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé de la date de conclusion de l'adhésion (la date de conclusion étant la date de signature du bulletin d'adhésion ou la date d'acceptation de ses conditions particulières d'assurance).** Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception et adressée à BPCE Vie -Centre d'Expertise et de Relation Client – 7, Promenade Germaine Sablon CS 11440 75709 PARIS Cedex 13, rédigée selon le modèle suivant :

*« Je soussigné(e) (nom de naissance et nom d'usage, prénom, date de naissance) vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat XXXXXXXXXXXX du ...../...../..... (date de conclusion de mon adhésion au contrat) et dont le numéro est le ..... et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de la somme versée dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la présente demande. J'ai bien noté que la renonciation est effective à compter de la date de réception de la présente demande et met fin aux garanties. Date et signature. »*

La renonciation fait disparaître rétroactivement votre contrat, qui est considéré comme n'ayant jamais existé.

Elle prend effet à compter de la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique et met fin aux garanties du présent contrat.

L'intégralité des sommes éventuellement versées par l'adhérent/assuré lui est remboursée dans un délai maximum de 30 jours calendaires à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

**En cas de prise en charge d'un sinistre, le droit de renonciation ne pourra plus être exercé.**

## **10. A PARTIR DE QUAND ETES-VOUS COUVERT ?**

### **10.1 A QUELLE DATE EST CONCLUE VOTRE ADHESION ?**

- Ÿ Si l'acceptation est donnée sans réserve :
- ┆ en cas d'adhésion papier ou en signature électronique, l'adhésion est conclue au jour de la signature du bulletin d'adhésion.
  - ┆ en cas d'adhésion par téléphone, l'adhésion est conclue au plus tôt à la date de l'entretien téléphonique.

Dans le cas où l'assureur a demandé des informations complémentaires, l'adhésion est conclue au jour de la décision de l'assureur.

- Ÿ Si l'acceptation est donnée avec réserves et/ou au tarif majoré, l'adhésion est conclue à la date de signature, par l'assuré, de la notification des dispositions particulières d'assurance.

**Lorsqu'elle est utilisée, la signature électronique produit les mêmes effets juridiques qu'une signature manuscrite.**

**L'adhésion est annulée rétroactivement si les informations nécessaires et les pièces demandées dans le bulletin d'adhésion ou dans la notice d'information n'ont pas été transmises à l'assureur dans un délai de 30 jours à compter de la date de la demande d'adhésion.**

**En cas de demande de pièces médicales et/ou d'examens médicaux complémentaires, l'assuré dispose d'un délai de 3 mois à compter de la demande d'adhésion pour retourner les pièces médicales demandées et procéder aux examens médicaux complémentaires. A défaut du renvoi des pièces et examens médicaux complémentaires dans le délai de 3 mois, l'adhésion est annulée par l'assureur et la couverture provisoire cesse de produire tout effet.**

### **10.2 A QUELLE DATE PRENNENT EFFET VOS GARANTIES ?**

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 10.1 et à l'issue du délai de carence s'il en existe un.

L'adhérent peut toutefois demander, sous réserve d'acceptation par l'assureur, à différer la date de prise d'effet des garanties lors de la demande d'adhésion.

Cette possibilité est ouverte uniquement si l'adhérent bénéficiait déjà de garanties de même nature au titre d'un autre contrat au moment de sa demande d'adhésion.

La date de prise d'effet différée ne pourra être postérieure à 8 mois après la demande d'adhésion.

### QU'EST-CE QU'UN DELAI DE CARENCE ?

Il s'agit d'une période pendant laquelle une garantie n'est pas encore en vigueur alors même que votre adhésion est déjà conclue. Chaque garantie peut avoir un délai de carence spécifique.

Le délai de **carence** peut être supprimé dans l'hypothèse où vous pouvez justifier avoir bénéficié de garanties antérieures de même nature, résiliées depuis moins de 3 mois décomptés à partir de la date de conclusion de votre adhésion. Ces garanties antérieures doivent avoir été portées à la connaissance de l'assureur préalablement à la conclusion de l'adhésion.

### Délai de carence des garanties

A l'exception de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, aucun délai de carence n'est appliqué aux garanties du contrat. Les délais de carence de la garantie ITT diffèrent selon la formule (voir tableau ci-dessous)

Délai de carence	« Essentiel »	« Confort »	« Premium »
Incapacité Temporaire de travail (ITT)	3 mois (90 J) sauf en cas d'accident	3 mois (90 J) sauf en cas d'accident (1)	3 mois (90 J) sauf en cas d'accident (1)

(1) Dans le cadre de la souscription aux formules « Confort » et « Premium », ce délai est porté à 1 an lorsqu'un arrêt de travail est consécutif à une affection de la Colonne vertébrale ou une affection Neuropsychique.

## 10.3 QUELLE EST LA DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ?

L'ADHESION AU CONTRAT EST CONCLUE POUR UNE DUREE D'UN AN A COMPTER DE LA DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION. ELLE SE RENOUVELLE ENSUITE ANNUELLEMENT PAR TACITE RECONDUCTION, AU 1<sup>ER</sup> JOUR DU MOIS QUI PRECEDE LA DATE ANNIVERSAIRE DE L'ADHESION AU CONTRAT.

L'adhésion et les garanties prennent fin pour l'assuré :

- en cas de résiliation par l'assuré en adressant sa demande au plus tard un mois avant l'échéance périodique de cotisation. Dans ce cas, l'adhésion cesse à l'échéance de cotisation qui suit la demande.
- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'assuré :
  - suite à une révision des cotisations selon les dispositions de l'article 20.
  - suite à une modification du contrat d'assurance par l'assureur et de refus de l'assuré, sous réserve d'adresser sa demande à l'assureur dans le mois suivant la date de réception de la lettre d'information de la modification du contrat d'assurance de groupe.

### COMMENT PUIS-JE RESILIER OU DENONCER MON CONTRAT?

La demande peut être adressée :

- soit par lettre ou tout support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur,
- soit par acte extrajudiciaire,
- soit lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
- Soit par voie électronique en remplissant le formulaire disponible dans votre espace bancaire sécurisé, dans la rubrique dédiée à votre contrat d'assurance.

- en cas de cessation ou de changement de sa profession déclarée lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature, la portée des garanties et la tarification. La résiliation intervient conformément aux dispositions de l'article 12.
- lorsque la limite d'âge prévue pour chaque garantie est atteinte, soit :

- m avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 75<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré pour les garanties Décès et PTIA.
- m avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré pour les garanties en cas d'ITT, IPT/IPP.

En tout état de cause, les garanties ITT, IPT et IPP cessent à la date de mise à la retraite ou de préretraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause (y compris les mises à la retraite pour invalidité, inaptitude ou autre), excepté pour les assurés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite ou lorsque la retraite ou la pré-retraite est la conséquence directe et involontaire de la réalisation du risque.

L'assureur peut résilier l'adhésion à la date d'échéance annuelle, à la suite de l'envoi d'une lettre recommandée à l'assuré avant un délai de préavis de 2 mois. Lorsque l'adhésion couvre les garanties ITT, IPT, IPP, l'assuré a un droit au maintien de ses garanties après les deux premières années d'adhésion jusqu'au terme des garanties indiquées au Certificat d'adhésion conformément à l'article 6 de la loi EVIN, sauf pour les motifs suivants :

- l non-paiement de la cotisation.
- l réticence ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours d'adhésion.
- l fausse déclaration de sinistre ou fourniture de tout document inexact et/ou falsifié.
- l aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'assuré n'accepte pas le tarif proposé.
- l non réception de l'attestation annuelle délivrée par le régime obligatoire prouvant que l'assuré est à jour de ses cotisations dans le cadre du contrat Madelin.

La résiliation est de plein droit :

- l en cas de perte de la qualité d'adhérent à l'Association APER ou ASSOCAMA (pour le contrat Madelin uniquement).
- l en cas de Décès/PTIA de l'assuré.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Frais d'Exploitation Permanents sont résiliées lorsque l'assuré est en Invalidité Permanente.

#### **Prolongation – reprise d'activité**

Toute prolongation de l'arrêt de travail accordé par le Médecin traitant de l'assuré devra être signalée dans un délai de 15 jours à l'assureur. La durée maximale d'indemnisation inclut le délai de franchise.

Si l'assuré, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure à 60 jours, est victime d'une rechute due au même accident ou à la même maladie que l'arrêt initial, il n'y aura pas application d'un nouveau délai de franchise et les indemnités seront versées immédiatement dans la limite du nombre maximum de jours indemnifiables. La période d'indemnisation se décompte à partir du premier jour du premier arrêt de travail.

En revanche, en cas de rechute après une reprise de travail d'une durée supérieure à 60 jours, le délai de franchise sera à nouveau appliqué quel que soit le motif du nouvel arrêt de travail. La période d'indemnisation se décompte à partir du nouvel arrêt de travail et tiendra compte des prestations déjà versées au titre du ou des arrêt(s) de travail précédent(s), pour une même cause.

**On entend par rechute un arrêt de travail imputable à une maladie ou un accident ayant donné lieu à une prise en charge par l'assureur sous forme d'indemnité journalière ou de rente et qui survient dans un délai maximum de 2 mois suivant la date de fin d'indemnisation.**

## **11. COMMENT MODIFIER VOS GARANTIES EN COURS D'ADHESION ?**

### **Augmenter ou changer de formule :**

L'assuré peut, avant l'âge limite d'adhésion pour chaque garantie, demander d'augmenter le montant de garanties (par palier de 5 000 € pour la garantie Décès/PTIA, 100 € pour la garantie ITT) ou d'ajouter de nouvelles garanties complémentaires ou optionnelles sous réserve de se soumettre aux formalités médicales.

La modification prend effet :

- ↳ à la date d'acceptation de la demande lorsque l'assuré est accepté sans réserve.
- ↳ à la date de réception par l'assureur d'une contre-proposition d'assurance datée et signée par l'assuré lorsque ce dernier est accepté avec des conditions spéciales.

La modification tarifaire se fait au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date d'acceptation par l'assureur de la demande.

Le délai de carence s'appliquera à compter de la date d'effet de la modification. En cas d'augmentation des garanties, le délai de carence portera sur le différentiel des montants garantis.

### **Diminuer ou supprimer une garantie complémentaire ou optionnelle :**

La modification prend effet à la date d'acceptation de la demande. La modification tarifaire se fait au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date d'acceptation de l'assureur.

L'acceptation de l'assureur est matérialisée par l'émission d'un avenant.



## 12. QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION PROFESSIONNELLE ?

En cours d'adhésion, vous devez aviser l'assureur dans les 15 jours où vous en avez connaissance et par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique de toute modification apportée ou à venir aux éléments spécifiés au certificat d'adhésion ou au dernier avenant et notamment :

- l un changement de profession et/ou des modalités d'exercice de la profession et/ou de l'activité professionnelle, y compris en cas de déplacement ou de séjour temporaire de plus de trois mois dans un pays hors de France.
- l en cas de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause.

Le changement de profession entraîne le classement de l'assuré dans le groupe professionnel correspondant à sa nouvelle activité et l'application du tarif propre à ce groupe à la prochaine échéance de cotisation.

Si la nouvelle situation entraîne une modification du ou des risques assuré(s), conformément à l'article L113-4 du Code des assurances :

- l l'assureur a la possibilité d'augmenter la cotisation ou de résilier l'adhésion en cas d'aggravation du risque en cours d'adhésion ; dans le cas d'une augmentation de la cotisation, vous pourrez refuser dans les 30 jours qui suivent la proposition, l'adhésion sera alors résiliée.
- l vous avez la possibilité de résilier votre adhésion en cas de diminution du risque en cours d'adhésion, si l'assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence. La résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation.

A défaut d'information, au moment du sinistre une règle de proportionnalité sera appliquée aux prestations versées et l'assureur aura la possibilité d'augmenter la cotisation le cas échéant.

Dans le cas où vous avez perdu la qualité de Travailleur Non Salarié, vos garanties sont maintenues pendant un délai de 3 mois à compter de la date de connaissance de la perte de votre statut mais vous ne bénéficiez pas des avantages Madelin. Passé ce délai, l'adhésion au contrat d'assurance de groupe dit Madelin ne pouvant être maintenue, elle sera résiliée.

**Vous pouvez demander à adhérer au contrat d'assurance de groupe dit « Non- Madelin » et dans ce cas, aucun délai de carence ne vous sera appliqué.**

## 13. COMMENT SONT INDEXEES VOS GARANTIES ET VOS COTISATIONS ?

A chaque échéance annuelle, les garanties et les cotisations sont réévaluées selon l'indice du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale constaté au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice précédant la date anniversaire de l'adhésion. Vous ne pouvez pas refuser cette indexation.

## 14. COMMENT SONT REVALORISEES VOS PRESTATIONS EN COURS DE SERVICE ?

Seules les prestations servies en cas d'ITT/IPT/IPP sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier sur la base d'un taux égal à l'évolution annuelle du Plafond de la Sécurité Sociale et dans la limite des disponibilités d'un fonds de revalorisation créé à cet effet. Le fonds de revalorisation est alimenté au moyen des produits financiers dégagés par les provisions mathématiques, à hauteur de 90% de leur montant et après déduction des intérêts techniques définis pour le tarif.

En cas de besoin, un pourcentage des cotisations fixé chaque année par le conseil d'administration de BPCE Vie est également affecté au fonds de revalorisation.

## 15. QUAND PRENNENT FIN VOS PRESTATIONS ?

En complément des causes de cessation des garanties citées à l'article 10.3 (sauf en cas de non-paiement des cotisations), les prestations ITT, IPT ou IPP cessent :

- l dès que l'assuré ne se trouve plus en état d'incapacité ou d'invalidité tel que défini à l'article 4.
- l pendant la période de congé légal de maternité de l'assurée (Le congé légal de maternité n'est pas un arrêt maladie. C'est pourquoi il ne peut donner lieu à prise en charge).
- l lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite (excepté pour les Assurés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite) et au plus tard à la date d'échéance anniversaire de l'adhésion qui suit le 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.
- l pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail à la date de consolidation de l'état de santé après expertise médicale et
  - m au plus tard au 365<sup>ème</sup> jour d'indemnisation pour une même Maladie ou un même Accident en cas de souscription à la formule « Essentiel ».
  - m au plus tard au 1095<sup>ème</sup> jour d'indemnisation pour une même Maladie ou un même Accident en cas de souscription aux formules « Confort » et « Premium ».
- l pour la garantie IPT et IPP, lorsque l'assuré n'est plus en mesure de fournir le certificat médical demandé par l'assureur chaque année attestant de la persistance de son état d'invalidité.
- l pour la couverture des affections de la colonne vertébrale et des affections neuropsychiques au plus tard à l'expiration d'un délai de 24 mois (franchise incluse) à compter de la prise en charge du sinistre.
- l au jour de reprise par l'assuré d'une activité professionnelle à temps plein.
- l au jour la reprise par l'assuré d'une activité à temps partiel thérapeutique excepté pour la formule « Premium ».

En outre, les prestations :

	Au jour de reprise d'une activité professionnelle à temps plein	Au jour de reprise d'une activité professionnelle à temps partiel
ITT	<b>cessent</b>	<b>cessent</b> Excepté en cas de temps partiel thérapeutique (formule «Premium»)
IPT	<b>cessent</b>	<b>cessent</b>
IPP	<b>cessent</b>	continuent

## 16. DANS QUEL PAYS ETES-VOUS COUVERT ?

Les garanties sont acquises en France et dans les DROM suivants: Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane.

Les voyages et courts séjours à l'étranger sont garantis. Des modalités particulières sont à prévoir pour les lieux autres que les pays de l'Union Européenne, les DROM, COM, Monaco, Andorre et les pays limitrophes de la France métropolitaine à savoir:

- le risque de Décès est couvert sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi en français par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné.
- les risques de PTIA, IPT, IPP et ITT sont également couverts sous réserve que la preuve soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'assureur dans les conditions prévues à l'article 22 « Dans quelles conditions l'assureur peut demander un contrôle médical ? ».

A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine, ou dans les DROM cités ci-dessus.

## III. VOS COTISATIONS

### 17. QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?

Le montant de la cotisation annuelle est fonction :

- de l'âge atteint par l'assuré à chaque date d'anniversaire de l'adhésion. Cet âge est calculé à l'adhésion et évolue à chaque échéance anniversaire de l'adhésion.
- des formules et options choisies par l'assuré.
- des montants assurés.
- du Code NAF correspondant à l'activité habituelle de l'assuré.
- du groupe tarifaire auquel l'assuré a été affecté.
- de l'évolution annuelle du plafond de la Sécurité Sociale.
- des surprimes éventuelles notifiées.
- des taxes d'assurance en vigueur.

En cas de PTIA de l'assuré, les cotisations cessent d'être dues à la date de la reconnaissance par l'assureur de la consolidation de la PTIA.

### 18. COMMENT PAYER VOS COTISATIONS ?

Les cotisations sont prélevées automatiquement par l'assureur sur le compte bancaire de l'assuré. Par exception, le payeur de cotisations peut être une personne morale. Dans ce cas, l'assuré et la personne morale payeuse en tirent les conséquences comptables et fiscales.

La cotisation est annuelle. Le paiement de la cotisation peut être effectué de manière annuelle, trimestrielle, semestrielle ou mensuelle. Vous pouvez demander à modifier cette périodicité de règlement au cours de votre adhésion.

### 19. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOS COTISATIONS ?



Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'assureur peut adresser à ce dernier une lettre recommandée valant mise en demeure. Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation due(s) n'est (ne sont) toujours pas payée(s) 30 jours après la mise en demeure, les garanties d'assurance sont suspendues. La suspension de garanties entraîne la perte de tout droit aux garanties prévues par le contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension, les garanties seront remises en vigueur. À défaut de paiement, l'adhésion sera automatiquement résiliée dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité.

## 20. EST-CE QUE VOTRE COTISATION PEUT ETRE MODIFIEE ?

Les cotisations sont susceptibles d'être révisées chaque année par l'assureur. L'assuré sera informé au plus tard 3 mois avant l'échéance anniversaire de son adhésion, date à laquelle le nouveau montant de cotisation lui sera applicable. Si l'assuré n'accepte pas le nouveau tarif, il peut résilier son adhésion. La résiliation prendra effet à la prochaine échéance de cotisation.

Le tarif est révisable chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction des résultats techniques du contrat d'assurance de groupe.

Tout ajout ou modification de taxe en cours de vie de l'adhésion pourra être appliquée dès l'échéance périodique de cotisation suivant la date en vigueur de la taxe. Vous serez informé par courrier simple.

L'assureur se réserve le droit d'augmenter les cotisations lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier ses engagements ou en cas d'aggravation du risque. Si l'assuré n'accepte pas le nouveau montant de cotisations dans les 30 jours suivant la nouvelle proposition de tarif, l'adhésion est résiliée.

## IV. EN CAS DE SINISTRE

### 21. QUELLES SONT LES MODALITES DE DECLARATION DES SINISTRES ?

#### Quand déclarer mon sinistre ?

L'incapacité de travail doit être déclarée pendant l'arrêt de travail médicalement justifié et dans les **12 mois** qui suivent le premier jour d'incapacité.

#### BON A SAVOIR :

Après ce délai, l'incapacité de travail sera prise en charge à compter du jour de la réception de la déclaration si le dépassement du délai de déclaration a porté préjudice à l'assureur.

**Nous vous rappelons que toute incapacité ou invalidité intervenue avant la prise d'effet des garanties ne pourra pas être prise en charge.**

#### A qui déclarer ?

Le sinistre peut être déclaré par courrier à l'attention du Médecin Conseil :

**BPCE Vie**  
**Direction médicale-Médecin Conseil**  
 7, Promenade Germaine Sablon  
 CS 11440 - 75709 PARIS Cedex 13

#### Quels documents adresser ?

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel à l'assureur, à l'attention du Médecin Conseil. La prise en charge est subordonnée à la réception du dossier complet par l'assureur.

GARANTIES	PIECES A FOURNIR
<b>DANS TOUS LES CAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Une attestation médicale remplie par le médecin traitant de l'Assuré sur l'imprimé de l'Assureur, remis à l'Assuré ou à l'ayant droit,</li> <li>1 En cas d'accident, le procès-verbal de gendarmerie ou constat de police, ainsi que tout document permettant d'établir le lien de causalité entre l'accident et le sinistre : la preuve du lien de causalité incombant à l'Assuré ou ses ayants droit.</li> <li>1 L'assureur se réserve le droit de demander des documents complémentaires et de faire procéder à toute enquête qu'il jugera nécessaire pour lui permettre d'apprécier les conditions de la mise en jeu de la garantie et de vérifier l'application éventuelle des exclusions. L'assureur pourra notamment demander la transmission de pièces fiscales et justificatifs du statut de l'assuré (attestation de l'expert-comptable, PV de nomination, statut).</li> </ul>
<b>DECES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Un extrait d'acte de décès.</li> <li>1 A défaut de l'attestation médicale sur l'imprimé de l'assureur, un certificat médical indiquant notamment la cause du décès et que celui-ci ne figure pas parmi les clauses d'exclusion prévues dans la présente notice d'information,</li> <li>1 Les documents justifiant de l'identité, de la qualité et des droits de chaque bénéficiaire et/ou de son représentant légal.</li> <li>1 L'identification européenne du compte bancaire de chaque Bénéficiaire (IBAN).</li> </ul>
<b>PTIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.</li> <li>1 À défaut de l'attestation médicale sur l'imprimé de l'assureur, le certificat médical remis à l'assuré attestant la PTIA de l'assuré et précisant en outre, la date de survenance, la date à laquelle cette invalidité a revêtu la forme permanente et absolue et la nature de la maladie ou de l'accident dont elle résulte.</li> </ul>

ITT/IPT/IPP	<ul style="list-style-type: none"> <li>  En cas d'hospitalisation : un bulletin de situation avec la date d'entrée et la date de sortie de l'hôpital, accompagné d'un compte-rendu d'hospitalisation.</li> <li>  Notification du régime obligatoire d'un classement en Invalidité Permanente Totale si elle est fournie.</li> <li>  À défaut de l'attestation médicale sur l'imprimé de l'assureur, un certificat médical attestant de l'Incapacité de l'assuré et précisant en outre, la date de survenance, la durée médicalement prescrite de l'état d'incapacité, la nature de la maladie ou de l'accident dont elle résulte, et les conséquences de l'état de l'assuré sur sa profession et sur toute activité professionnelle.</li> <li>  En cas de prolongation de l'ITT, les certificats de prolongation indiquant les causes et la durée médicalement prescrite.</li> <li>  En cours de service de la rente invalidité, chaque année sous pli confidentiel une attestation selon le modèle fourni par l'assureur à remplir par le médecin traitant certifiant de la persistance de l'état d'invalidité. Cette procédure vous est rappelée par courrier à la date anniversaire du premier versement de la rente. En cas de non réception par l'assureur à la date convenue, le versement de la rente est suspendu et ne reprendra qu'après réception des justificatifs.</li> <li>  Tout document permettant à l'assureur de vérifier que le montant des garanties est en adéquation avec les déclarations faites au jour de l'adhésion ou de l'augmentation des garanties.</li> <li>  <i>Si l'assuré est en temps partiel thérapeutique</i> : un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à l'arrêt de travail.</li> </ul>
-------------	--

## 22. DANS QUELLES CONDITIONS L'ASSUREUR PEUT DEMANDER UN CONTROLE MEDICAL ?

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin Conseil de l'assureur et celles de la Sécurité sociale et organismes sociaux assimilés.

### CONTROLE MEDICAL

L'assureur se réserve le droit de vérifier les déclarations et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis. Il peut alors faire contrôler à ses frais, par un médecin, votre état de santé. Si vous le souhaitez, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de votre choix et à vos frais.

Si vous vous opposez à ce contrôle, vous perdez droit à vos prestations.

Le contrôle médical doit obligatoirement être effectué en France métropolitaine, DROM, COM, Monaco, Andorre ou à défaut, si votre état de santé exclu tout déplacement, sur votre lieu de séjour (hôpital, domicile, centre de rééducation...).

#### BON A SAVOIR :

Le paiement des prestations est suspendu pendant la procédure de contrôle médical.

### ARBITRAGE

Le médecin de votre choix et le médecin choisi par l'assureur peuvent être en désaccord. Vous pouvez alors convenir avec l'assureur de s'en remettre à un 3<sup>ème</sup> médecin. Faute d'entente sur le choix de ce 3<sup>ème</sup> médecin, celui-ci sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. La moitié des frais et honoraires engendrés par cette procédure sera à votre charge.

#### BON A SAVOIR :

Le paiement des prestations est suspendu jusqu'à la date de prononciation de l'arbitrage médical.

## 23. QUELLES SONT LES MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?

### PRESTATIONS DECES

**A compter de la réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des bénéficiaire(s), l'assureur dispose d'un délai de 15 jours afin de demander aux bénéficiaires désignés de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au règlement des capitaux.**

Au-delà de ce délai de 15 jours, le capital produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

A réception de toutes les pièces, le montant dû aux bénéficiaires désignés est versé au plus tard 30 jours après la réception du dossier complet par l'assureur (cf. paragraphe « Quels documents adresser ? »).

Au-delà de ce délai de 30 jours, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant 2 mois puis, à l'expiration de ce délai de 2 mois, au triple du taux légal.

Si, au-delà du délai de 15 jours mentionné ci-dessus, l'assureur a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné ci-avant.

La période au cours de laquelle le capital a, le cas échéant, produit intérêt en application du non-respect du délai de 15 jours susvisé s'impute sur le calcul de ce délai de 2 mois.

S'il y a plusieurs bénéficiaires, les sommes dues peuvent être versées en une seule fois au mandataire désigné par les bénéficiaires. Le mode de paiement souhaité doit impérativement être reformulé lors de la notification du décès (ou lors de la transmission des coordonnées bancaires (IBAN)). A défaut, le règlement s'effectue en numéraire par virement sur le compte du (ou des) bénéficiaire(s) du règlement.

Les sommes dues au bénéficiaire qui ne font pas l'objet d'une demande de versement sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Le dépôt des sommes à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L132-27-2 du Code des assurances est libératoire de toute obligation pour l'assureur et le souscripteur, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

## **PRESTATIONS PTIA**

Le règlement de la prestation en cas de PTIA est effectué dans un délai de 30 jours à compter de la reconnaissance par l'assureur de la consolidation de la PTIA. La date de consolidation de la PTIA est la date à laquelle l'état de santé de l'assuré s'étant stabilisé, les conséquences de l'accident ou de la maladie deviennent permanentes et présumées définitives.

En tout état de cause, le règlement des prestations ne pourra intervenir qu'après réception des pièces justificatives nécessaires et, le cas échéant, à l'issue des contrôles et expertises prévus par la présente notice d'information.

## **V. INFORMATIONS GENERALES**

### **24. MODALITE DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION**

L'assureur met à votre disposition un espace assurance dédié sur internet, sécurisé et sans frais supplémentaires, sous réserve d'avoir fourni à votre établissement bancaire une adresse électronique à jour.

L'ensemble des communications liées à votre contrat sera disponible sur cet espace sécurisé, lui-même accessible via votre espace personnel bancaire.

Vous recevrez une notification par courrier électronique dès qu'un nouveau document est disponible.

Vous aurez accès à ces documents durant toute la durée de votre contrat.

Tant que vous serez client de l'assureur, vous pourrez continuer à les consulter. Ils resteront disponibles pendant au moins cinq ans après la fin de toute relation contractuelle entre vous et l'assureur.

Vous pouvez refuser cette dématérialisation en adressant un courrier à l'adresse suivante :

BPCE Vie

- Centre d'Expertise et de Relation Client -

7, Promenade Germaine Sablon – CS 11440 – 75709 PARIS CEDEX 13 ;

ou en vous connectant sur votre espace assurance.

A réception de votre demande, les envois de l'assureur s'effectueront par courrier papier.

Par exception, en tout état de cause, l'assureur pourrait être amené à vous adresser des courriers par voie postale.

### **25. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX**

Comme tous les établissements de crédit et toutes les compagnies d'assurance, l'établissement bancaire et l'assureur sont soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption conformément aux dispositions du Code monétaire et financier modifié par l'Ordonnance n°2016-1635 du 1<sup>er</sup> décembre 2016.

En conséquence, l'établissement bancaire a, en sa qualité d'intermédiaire en assurance, l'obligation d'identifier les clients de contrats d'assurance et de se renseigner sur l'origine des fonds. Ces informations sont recueillies par l'établissement bancaire et transmises à l'assureur.

Des pièces justificatives pourront, le cas échéant, être demandées à l'adhérent/assuré.

En vertu du Code monétaire et financier et du Code des assurances, en cas de doute sur l'origine des fonds ou d'éléments insuffisants concernant l'identification et la connaissance client, l'assureur se réserve le droit de refuser l'opération et/ou de rompre la relation d'affaires.

### **26. QUI CONTACTER EN CAS DE RECLAMATION ?**

Pour toute réclamation vous pouvez contacter :

l'assureur, en adressant un courrier à l'adresse suivante

**BPCE Vie**  
Centre d'Expertise et de Relation Client  
Service Réclamations  
7, Promenade Germaine Sablon  
CS 11440 - 75709 PARIS Cedex 13

l Au médecin conseil de l'assureur, si votre demande est d'ordre médicale, en adressant un courrier à l'adresse suivante :

**BPCE Vie**  
**Direction médicale - Médecin Conseil**  
7, Promenade Germaine Sablon –  
CS 11440 - 75709 PARIS Cedex 13

Si, malgré nos efforts pour vous satisfaire, vous restez mécontent de notre décision, ou en l'absence de réponse dans un d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de votre réclamation écrite, vous pourrez demander un avis au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante extérieure au Groupe BPCE. Votre demande devra être adressée :

- Par voie postal à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance**  
TSA 50110  
75441 PARIS CEDEX 09

- Ou directement sur le site internet « [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ».

La Charte de la Médiation de l'Assurance (disponible sur le site <http://www.mediation-assurance.org>) précise les modalités d'intervention du Médiateur de l'Assurance.

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. Les délais de prescription de l'action en justice sont suspendus à compter de la saisine du Médiateur et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

## **27. PRESCRIPTION**

**Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- l en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
- l 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 10 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 ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré**

**La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.**

**L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :**

- l de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception 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.
- l la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- l la demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- l une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

## **28. PROTECTION DE VOS DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

Dans le cadre de la signature et de l'exécution du présent contrat, et plus généralement de notre relation d'affaires, BPCE Vie recueille et traite des données à caractère personnel vous concernant et concernant les personnes physiques intervenant dans le cadre de cette relation (mandataire, représentant légal, caution, contact désigné, préposé, bénéficiaire effectif, membre de votre famille...).

Les informations vous expliquant pourquoi et comment ces données sont utilisées, combien de temps elles seront conservées ainsi que les droits dont vous disposez sur vos données figurent dans notre Notice sur la protection des données personnelles. Cette notice est portée à votre connaissance lors de la première collecte de vos données. Elle est accessible à tout moment, depuis la page internet [www.vos.donnees.assurances.groupebpce.com](http://www.vos.donnees.assurances.groupebpce.com). Vous pouvez aussi en obtenir un exemplaire en contactant le Service délégué à la protection des données soit au moyen de l'adresse électronique [assur-vie-dpo@bpce.fr](mailto:assur-vie-dpo@bpce.fr), soit par courrier postal à l'adresse suivante :

Data Privacy Liaison, BPCE Vie,  
7, promenade Germaine Sablon  
75013 Paris.

BPCE Vie communiquera en temps utile les évolutions apportées à ces informations.

## **29. FONDS DE GARANTIE**

Le fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurances de personnes a été institué par la loi n°99-532 du 25 juin 1999. Son fonctionnement est détaillé aux articles L 423-1 et suivants du Code des assurances. Ainsi, lorsque l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (l'ACPR, l'autorité de tutelle des assureurs) estime qu'une société d'assurances de personnes n'est plus en mesure de faire face à ses engagements, elle peut recourir au fonds de garantie. L'ACPR lance alors un appel d'offres afin de transférer le portefeuille de contrats de l'entreprise défaillante à une autre société d'assurances.

En cas d'échec de la procédure de transfert, les droits des assurés, adhérents de contrats et bénéficiaires de prestations sont garantis par un versement effectué, à leur profit, par le fonds de garantie, dans la limite des plafonds fixés par décret (70 000 euros maximum par assuré, adhérent ou bénéficiaire, quel que soit le nombre de contrats conclus auprès d'une même société d'assurance).

## ANNEXE

### LA FISCALITÉ ET LES PRELEVEMENTS SOCIAUX APPLICABLES AU CONTRAT « MADELIN »

Le régime fiscal et social des cotisations et des prestations pour le contrat « Madelin » présenté ci-dessous est celui applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2024 pour une personne physique résidente fiscale française (1).

#### REGIME FISCAL ET SOCIAL DES COTISATIONS

##### • **Déduction fiscale des cotisations versées par l'assuré au titre des garanties Décès/P.T.I.A. et ITT, IPT/IPP (à l'exception de la cotisation afférente au capital complémentaire versé en cas d'IPT d'origine accidentelle)**

Conformément à l'article 154 bis du Code Général des Impôts, les cotisations versées par l'assuré au titre des garanties éligibles à la loi dite Madelin, sont déductibles du bénéfice ou revenu professionnel imposable\* dans la limite suivante :

$$\begin{aligned} & \text{Limite de déduction fiscale des cotisations de prévoyance} \\ & \text{(y compris la santé)} \\ & = \\ & (7 \% \text{ du PASS} + 3,75 \% \text{ du bénéfice ou revenu professionnel imposable}^*) < 3 \% \text{ de } (8 \times \text{PASS}^{**}) \end{aligned}$$

\* Bénéfice imposable avant déduction des cotisations ou primes versées dans le cadre de la Loi Madelin

\*\* Plafond Annuel de la Sécurité sociale, visé à l'article L. 241-3 du Code de la Sécurité sociale entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. En conséquence, les limites de déduction s'apprécient au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année d'imposition.

Pour l'application du respect des plafonds de déduction, il convient de prendre en compte les cotisations facultatives du Travailleur Non Salarié (TNS) non agricole et celles versées, le cas échéant, par son Conjoint collaborateur.

Ce dernier n'ayant pas de revenu professionnel, il partagera le plafond de déductibilité fiscale prévoyance de son conjoint TNS.

La déduction des cotisations du bénéfice imposable est subordonnée à la justification, par l'assuré auprès de l'Assureur de la régularité de sa situation vis-à-vis des régimes d'assurance vieillesse et maladie obligatoires dont il relève.

##### • **Déduction fiscale des cotisations versées au titre de la garantie « Frais d'Exploitation Permanents »**

Les cotisations versées au titre de la garantie « Frais d'Exploitation Permanents » qui a pour objet de permettre à l'assuré de couvrir ses charges fixes ou dépenses professionnelles en cas de maladie ou d'accident sont déductibles du bénéfice imposable au titre des charges d'exploitation.

##### • **Contributions sociales**

Les cotisations versées ne sont pas déductibles socialement.

#### REGIME FISCAL ET SOCIAL DES PRESTATIONS

##### • **Impôt sur le revenu des prestations versées au titre des garanties Décès/P.T.I.A., ITT, IPT/IPP**

###### - **En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail :**

Les indemnités journalières servies à l'assuré, au titre de revenus de remplacement, sont prises en compte pour la détermination de revenu professionnel (BIC, BNC ou article 62 du CGI) et sont soumises à l'impôt sur le revenu. A ce titre, un acompte contemporain sera prélevé par l'administration fiscale directement sur le compte bancaire du contribuable.

###### - **En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :**

Les rentes d'invalidité permanente ou celles versées au titre de la garantie P.T.I.A. sont versées après retenue par l'assureur de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des pensions

Le prélèvement de l'impôt sur le revenu effectué par l'assureur est calculé en appliquant au montant de la rente le taux applicable communiqué par l'administration fiscale. S'il excède l'impôt dû, calculé par l'administration fiscale sur la base de la déclaration de revenus de l'année correspondante, l'excédent est restitué directement par l'administration fiscale.

###### - **En cas d'Invalidité Permanente Totale consécutive à un accident :**

Le capital supplémentaire versé est exonéré d'impôt sur le revenu.

###### - **En cas de décès de l'assuré :**

Les rentes sont versées hors droits de succession et après retenue par l'assureur de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des pensions. S'il excède l'impôt dû, calculé par l'administration fiscale sur la base de la déclaration de revenus de l'année correspondante, l'excédent est restitué directement par l'administration fiscale.

##### • **Impôt sur le revenu des prestations versées au titre de la garantie « Frais d'Exploitation Permanents »**

Les prestations perçues sont prises en compte pour la détermination du bénéfice imposable (BIC ou BNC) et sont soumis à l'impôt sur le revenu. A ce titre, un acompte contemporain sera prélevé par l'administration fiscale directement sur le compte bancaire du contribuable.

##### • **Contributions sociales**

**Les rentes Décès/PTIA et d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle sont soumises à :**

- CSG au taux de 8,3 %

En fonction du revenu fiscal de référence, l'assuré peut bénéficier d'une exonération de prélèvements sociaux ou de prélèvements sociaux à taux réduit (CSG au taux de 6,6% ou 3,80%). Pour bénéficier de l'exonération, ou d'un taux réduit, l'assuré doit adresser chaque année son avis d'imposition à l'assureur.

- CRDS au taux de 0,5 %
- CASA au taux de 0,3 %

Ces prélèvements sociaux sont directement prélevés par l'assureur.

**Les prestations perçues au titre de la garantie « Frais d'Exploitation Permanents » ne sont pas soumises à charges sociales.**

**Les indemnités journalières qui sont réintégrées dans le revenu professionnel imposable du TNS sont soumises à :**

- CSG au taux de 9,2%
- CRDS au taux de 0,5%

*(1) Ces indications générales sont données sous réserve de l'évolution des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et n'ont pas de valeur contractuelle.*

