

Homme Clé Plus

NOTICE D'INFORMATION



GROUPE BPCE

BPCE Prévoyance

59 avenue Pierre Mendès France CS11440 - 75709 Paris cedex 13 - France
Tél. : +33 1 58 19 90 00 - Fax : +33 1 58 19 92 50
Société anonyme au capital social de 13 042 257,50 euros - 352 259 717 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris - Tél. 01 58 19 90 00

BPCE Vie

59 avenue Pierre Mendès France CS11440 - 75709 Paris cedex 13 - France
Tél. : +33 1 58 19 90 00 - Fax : +33 1 58 19 92 50
Société anonyme au capital social de 161 469 776 euros - 349 004 341 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris - Tél. 01 58 19 90 00

Homme Clé Plus

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative

NOTICE D'INFORMATION

Références 124HCB.001

La présente notice a pour objet de définir les garanties accordées au titre du contrat d'assurance de groupe Homme Clé Plus souscrit par BPCE, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 180 478 270 euros inscrite au RCS Paris N° 493 455 042, Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France - 75201 Paris Cedex 13, 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 auprès de :

- BPCE Vie, société anonyme au capital de 161 469 776 euros – 349 004 341 RCS Paris – Entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 30, avenue Pierre Mendès-France – 75013 Paris
- et BPCE Prévoyance, société anonyme au capital de 13 042 257, 50 euros – 352 259 717 RCS Paris – Entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 30, avenue Pierre Mendès-France – 75013 Paris,

ci-après dénommées l'assureur

BPCE Vie et BPCE Prévoyance, sont soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)– 4 place de Budapest CS 92459 -75436 PARIS CEDEX 09.

Ce contrat relève des branches 1(accident), 2(maladie) et 20(vie-décès) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

Il est régi 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.

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

Ce contrat d'assurance de groupe prend effet le 1er mars 2022 pour une période indéterminée.

Il est proposé aux clients titulaires d'un compte bancaire à la Banque Populaire ou dans l'un des établissements de crédits affiliés.

Au sein de ce contrat d'assurance de groupe, plusieurs couvertures vous sont proposées, en fonction du but recherché :

- la couverture « **personne clé** » qui permet la poursuite d'activité d'une entreprise en cas de disparition ou indisponibilité d'un homme clé
- la couverture « **associés** » qui permet le rachat de parts d'une société suite à la disparition d'un des associés
- la couverture « **crédits** » qui permet de garantir le remboursement d'un emprunt ou concours bancaire professionnel contracté auprès d'un ou plusieurs établissements financiers en cas de disparition du dirigeant.

Il y a une couverture par adhésion.

Elles comprennent toutes obligatoirement :

- ✓ une garantie décès.
- ✓ une garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Une option sports à risques peut être choisie pour les garanties décès et PTIA.

La couverture « **personne clé** » permet d'opter pour une garantie complémentaire facultative Incapacité Temporaire Totale de travail(ITT).

SOMMAIRE

Homme Clé Plus	2
NOTICE D'INFORMATION.....	2
LEXIQUE	4
I. VOTRE ADHESION ET SES MODALITES	6
1. QUI PEUT ADHERER ?	6
2. QUI PEUT ETRE ASSURE ?	6
II. LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT ET LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE	7
3. QUELLES SONT LES GARANTIES ET LES OPTIONS AUXQUELLES VOUS POUVEZ ADHERER ?	7
4. QUELLES SONT LES GARANTIES QUI VOUS SONT PROPOSEES ?	7
4.1 GARANTIES OBLIGATOIRES	7
4.1.1 GARANTIE DECES	8
4.1.2 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	8
4.2 OPTION ET GARANTIE FACULTATIVE	8
4.2.2 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)	9
5. A QUI SONT VERSEES LES PRESTATIONS ?	10
6. QUELS SONT LES MONTANTS DES PRESTATIONS GARANTIES ?	11
7. QUEL SINISTRE N'EST PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONTRAT ?	12
8. COMMENT ADHERER ?	13
8.1 LES FORMALITES D'ADHESION	13
8.2 LA DECISION DE L'ASSUREUR	15
9. QUELLE EST LA DUREE DE VOTRE ADHESION ?	16
9.1 À QUELLE DATE EST CONCLUE VOTRE ADHESION ?	16
9.2 À QUELLE DATE PRENNENT EFFET VOS GARANTIES ?	16
9.3 QUELLE EST LA DUREE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ?	16
10. COMMENT MODIFIER VOS GARANTIES EN COURS D'ADHESION ?	17
11. QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ?	18
12. DANS QUEL PAYS L'ASSURE EST-IL COUVERT ?	18
III. VOS COTISATIONS	19
13. QUEL EST LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?	19
14. COMMENT PAYER VOS COTISATIONS ?	19
15. QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOS COTISATIONS ?	19
16. EST-CE QUE VOTRE COTISATION PEUT ETRE MODIFIEE ?	19
IV. EN CAS DE SINISTRE	19
17. QUELLES SONT LES MODALITES DE DECLARATION DES SINISTRES ?	19
18. DANS QUELLES CONDITIONS L'ASSUREUR PEUT DEMANDER UN CONTROLE MEDICAL ?	21
19. QUELLES SONT LES MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?	22
V. INFORMATIONS GENERALES	23
20. QUI CONTACTER EN CAS DE RECLAMATION ?	23
21. MODALITE DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION / DEMATERIALISATION	24
22. PRESCRIPTION	24
23. TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ	25
24. SOLVABILITE DE L'ASSUREUR	25
25. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX	26
ANNEXE 1	27
ANNEXE 2	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.

ADHERENT

Personne morale ou personne physique titulaire d'un compte bancaire au sein d'une Banque Populaire ou d'un établissement de crédit affilié.

Il est responsable des obligations définies aux présentes, notamment le paiement des cotisations.

Il est également désigné par le terme « vous » dans la présente notice.

ASSURE

Personne physique sur laquelle repose le risque.

AVENANT

Document contractuel constatant toute modification apportée au contrat.

BENEFICIAIRE(S)

Personne(s) physique(s) ou morale(s) choisie(s) par l'adhérent pour recevoir les prestations.

BENEFICIAIRE ACCEPTANT

Modalités de l'acceptation du Bénéficiaire

Le bénéficiaire du contrat ne peut devenir bénéficiaire acceptant que lorsque l'adhérent y consent et lui donne expressément son accord. L'acceptation peut être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé par l'adhérent 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.

(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. La consolidation est constatée par une autorité médicale.

DELAI DE FRANCHISE

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

ECHÉANCE 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.

MALADIE

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Une grossesse pathologique est assimilée à la maladie. Une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène pathologique médicalement constaté et traité, à l'exclusion de toute considération socioprofessionnelle ou de convenances personnelles.

I. VOTRE ADHESION ET SES MODALITES

1. QUI PEUT ADHERER ?

Pour adhérer, vous devez être titulaire d'un compte bancaire à la Banque Populaire ou dans l'un des établissements de crédit affiliés et également remplir les conditions suivantes :

Pour la couverture « personne clé » :

- être une personne morale ayant une activité commerciale ou agricole
- avoir votre siège social en France métropolitaine ou dans l'un des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane ;
- relever du régime fiscal de l'Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques (IRPP) au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) ou des Bénéfices Agricoles (BA), ou de l'Impôt sur les Sociétés (IS)

Pour la couverture « associés » :

- être une personne morale ou une personne physique
- pour les personnes morales, avoir votre siège social en France métropolitaine ou dans l'un des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane
- pour les personnes physiques, être résident français

Pour la couverture « crédits » :

- être une personne morale ou une entreprise individuelle
- avoir votre siège social (ou domiciliation commerciale) en France métropolitaine ou dans l'un des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane

2. QUI PEUT ETRE ASSURE ?

L'assuré est une personne physique, capable, âgée de 18 ans minimum et de moins de 65 ans à la date de la demande d'adhésion. L'assuré doit résider en France métropolitaine ou dans l'un des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane.

Pour la couverture « personne clé », l'assuré doit jouer un rôle déterminant dans le fonctionnement de l'entreprise. Il peut être l'un des associés, ou actionnaires détenant une partie du capital social, ou l'un des collaborateurs, salarié ou non de l'entreprise adhérente, dès lors que son absence définitive ou temporaire entraîne un préjudice pour l'entreprise.

Une personne ne peut être assurée qu'une seule fois au titre de la couverture « **personne clé** », au sein de la même entreprise.

Pour la couverture « associés », l'assuré doit avoir la qualité d'associé au sens de l'article 1832 du Code civil. Il s'agit d'une personne ayant effectué des apports au capital d'une société et qui bénéficie en contrepartie de parts sociales.

Si l'adhérent est une personne physique, il doit être l'assuré.

Une personne ne peut être assurée qu'une seule fois au titre de la couverture « **associés** ».

Pour la couverture « crédits », l'assuré est l'un des dirigeants de l'entreprise adhérente c'est-à-dire une personne qui, par sa fonction juridique et effective, exerce dans l'entreprise une activité prépondérante. En règle générale, il s'agit, dans les sociétés, du gérant ou du président du conseil d'administration ou du directoire. Si l'adhérent est un entrepreneur individuel, il doit être l'assuré.

Une personne ne peut être assurée qu'une seule fois au titre de la couverture « **crédits** » au sein de la même entreprise.

L'assuré ne doit pas exercer une des professions suivantes :

- o Professions exercées sur site onshore, volcanique, archéologique, d'exploitation minière, forestière, pétrolière, de gaz, nucléaire,
- o Professions avec manipulations ou transport de produits dangereux (explosifs, substances chimiques et/ou toxiques, inflammables, radioactifs, biologiques, bactériologiques),
- o Professions nécessitant un travail en hauteur à plus de 4 mètres du sol, ou un travail sur plate-forme d'exploration ou de forage, descente en puits, mines, carrières ou galeries,
- o Professions avec des activités sportives (sportifs professionnels et sportifs amateurs rémunérés, moniteurs, entraîneurs, encadrants professionnels d'activités sportives),
- o Professions de la sécurité, de la surveillance armée, de maintien de l'ordre, ou avec port / manipulation d'armes,
- o Professions de la mer (marin-pêcheur, plongeur professionnel, marine marchande),
- o Professions du cirque, de la culture et du spectacle, cascadeurs, intermittents du spectacle,
- o Professions de l'aviation hors lignes régulières,
- o Professions avec des activités journalistiques, humanitaires, d'exploration ou d'expédition.

Les garanties cessent automatiquement si l'assuré change de profession en cours d'adhésion pour une des professions inéligibles.

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

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

	Personne clé	Associés	Crédits
GARANTIES OBLIGATOIRES			
DECES	✓	✓	✓
PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	✓	✓	✓
OPTION ET GARANTIE FACULTATIVE			
SPORTS A RISQUES POUR LES GARANTIES DECES/PTIA	✓	✓	✓
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)	✓	✗	✗

4. QUELLES SONT LES GARANTIES QUI VOUS SONT PROPOSEES ?

4.1 GARANTIES OBLIGATOIRES

Quelle que soit la couverture choisie, vous bénéficiez des deux 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 du capital garanti.

Le décès doit être survenu avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 75ème anniversaire de l'assuré.

BON A SAVOIR :

Vous êtes couvert en cas de décès à la suite d'un accident si le décès de l'assuré 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 (PTIA) à la suite d'un accident ou d'une maladie, avant l'âge limite de fin de garantie, l'assureur procède au versement du capital garanti.

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

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

L'assuré est considéré en PTIA lorsque les conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- L'assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à la moindre activité lui procurant gain ou profit.
 - Cette invalidité le 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).
-

4.2 OPTION ET GARANTIE FACULTATIVE

4.2.1 OPTION SPORTS A RISQUES

Sont garantis, sur option uniquement, le décès et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) survenus à la suite de la pratique de sports à risques déclarés sur le bulletin d'adhésion ou la demande de modification.

Cette option est réservée aux assurés de moins de 64 ans à la date de la demande d'adhésion.

L'option est limitée à trois sports ou catégories sportives maximum à choisir parmi la liste suivante :

- Équitation
- Escalade en extérieur (sauf escalade de glacier)
- Alpinisme
- Tous les sports de montagne et de neige jusqu'à 4 000 mètres d'altitude
- Sports de combat suivants : Judo, Karaté, boxe, escrime, taekwondo, lutte
- Sports de glace suivants : Hockey sur glace, Bobsleigh, Skeleton
- Voile, canoé-kayak, aviron, kitesurf, rafting, descente de rapides
- Plongée sous-marine
- Spéléologie
- Parachutisme
- Parapente
- Deltaplane
- Vol de pente - Planeur – ULM
- Karting
- Sports de tir (dont chasse)

Dans le cadre de la pratique d'un sport à risques, le décès ou la PTIA doit être survenu avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 64^{ème} anniversaire de l'assuré.

À défaut d'option à cette garantie, tout décès ou PTIA dû à la pratique des sports à risques listés ci-dessus sera exclu de la garantie conformément à l'article 7.

L'adhérent pourra modifier ou résilier cette option à tout moment dans les conditions prévues à l'article 10. La cotisation due au titre du contrat sera révisée en conséquence.

4.2.2 INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

Cette garantie facultative ne peut être choisie que dans le cadre de la couverture « **personne clé** ».

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) à la suite d'un accident ou d'une maladie reconnue par le médecin conseil, l'assureur procède au versement d'indemnités journalières.

L'assuré doit exercer son activité professionnelle rémunérée au jour de l'arrêt de travail et bénéficier de prestations en espèces si celles-ci sont prévues par l'organisme de protection sociale obligatoire dont il relève.

Les arrêts d'activité pendant la grossesse ou après accouchement ne seront pris en charge au titre de l'ITT qu'en dehors de la période du congé légal de maternité.

Lorsque l'assuré est reconnu par l'assureur en ITT, les indemnités journalières sont versées mensuellement à terme échu, à **l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours** et tant que l'ITT se poursuit dans la limite de 12 mois pour une même cause.

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.

QUE VEUT DIRE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ?

L'assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail par le médecin conseil lorsqu'il se trouve temporairement dans l'impossibilité absolue, complète et continue d'exercer son activité professionnelle.

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.

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.

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 et qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de fin d'indemnisation.

Les prestations ITT cessent dès que l'assuré ne se trouve plus en état d'incapacité tel que défini au contrat et au jour de reprise par l'assuré d'une activité professionnelle à temps plein ou temps partiel.

La garantie ITT cesse à la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 67ème anniversaire de l'assuré.

Cette garantie cesse également 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, dans la limite de l'âge de garantie maximum, lorsque l'assuré bénéficie des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite.

L'adhérent pourra résilier cette garantie à tout moment dans les conditions prévues à l'article 10. La cotisation due au titre du contrat sera révisée en conséquence.

5. A QUI SONT VERSEES LES PRESTATIONS ?

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

	Personne clé	Associés	Crédits
DECES	Adhérent	Bénéficiaires désignés	Établissement(s) financier(s) désigné(s), et solde pour l'adhérent
PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	Adhérent	Bénéficiaires désignés	Établissement(s) financier(s) désigné(s), et solde pour l'adhérent
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)	Adhérent	/	/

5.1 QUI PEUT ETRE DESIGNE COMME BENEFICIAIRE ?

Dans le cadre de la couverture « personne clé », le bénéficiaire de l'ensemble des garanties est obligatoirement la personne morale adhérente.

Dans le cadre de la couverture « associés », vous pouvez désigner une ou plusieurs personnes comme bénéficiaire des prestations en cas de décès ou PTIA. Vous pouvez la désigner en la ou les nommant expressément ou en indiquant sa qualité. Lorsque vous désignez nommément un bénéficiaire, nous vous recommandons de porter en plus de son nom, prénom, sa date et son lieu de naissance et ses coordonnées afin qu'aucune confusion ne soit possible.

Dans le cadre de la couverture « crédits », vous pouvez désigner un ou plusieurs établissements financiers comme bénéficiaire des prestations en cas de décès ou PTIA à concurrence des sommes restantes dues au titre d'emprunt ou concours bancaires professionnels. Le solde du capital sera versé à l'entreprise adhérente ou à l'entrepreneur individuel adhérent en cas de PTIA et à ses héritiers en cas de décès.

5.2 COMMENT LES BENEFICIAIRES SONT -ILS DESIGNES ?

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).

5.3 LES BENEFICIAIRES PEUVENT ILS ETRE MODIFIES ?

Dans le cadre de la couverture « personne clé », la désignation de l'entreprise adhérente comme bénéficiaire est irrévocable.

En revanche, **dans le cadre des couvertures « associés » et « crédits »,** vous pouvez décider de modifier les bénéficiaires des

prestations en cas de décès ou PTIA, à tout moment.

En cours d'adhésion, nous vous recommandons d'ailleurs de modifier votre clause bénéficiaire si elle n'est plus appropriée à votre situation.

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 ?

Pour les trois couvertures, l'Adhérent choisit le montant du capital décès/ PTIA garanti. Il doit être au minimum de 50 000 € et au maximum de 8 000 000 € en respectant des tranches de 1 000 €.

Pour la couverture « personne clé », le montant du capital décès/PTIA doit être déterminé en fonction de la perte d'exploitation subie en cas de disparition définitive ou temporaire de l'homme clé. Il peut, par exemple, être calculé en tenant compte de la moyenne des deux dernières marges brutes annuelles (ou des marges brutes prévisionnelles pour les entreprises créées depuis moins de deux ans) et la contribution de l'assuré à leur constitution.

Dans le cas où l'entreprise adhérerait à plusieurs contrats sur différentes têtes, le capital assuré ne devrait dépasser la moyenne des deux dernières marges brutes annuelles de l'entreprise adhérente.

Pour la garantie Incapacité temporaire totale, l'Adhérent choisit le montant des indemnités journalières garanti. Ce montant s'élève à 15 € par jour minimum et 500 € maximum en respectant des tranches de 5 €.

Le montant des indemnités journalières est déterminé en fonction des revenus de l'homme clé.

Pour la couverture « associés », le montant du capital décès/PTIA est déterminé en fonction de la valeur des parts détenues par l'associé assuré.

Pour la couverture « crédits », le montant du capital décès/PTIA est déterminé en fonction du montant de l'emprunt ou des concours bancaires accordés à l'entreprise adhérente par le ou les établissements financiers.

7. QUEL SINISTRE N'EST PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONTRAT ?

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

- **DU SUICIDE OU TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURE AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE QUI SUIT LA DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION OU D'UNE AUGMENTATION DE GARANTIE DEMANDEE PAR L'ASSURE, POUR LA PART SUPPLEMENTAIRE,**
- **DES ATTEINTES CORPORELLES QUI RESULTENT DU FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURE,**
- **D'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,**
- **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, 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,**
- **DE LA PRATIQUE DE TOUT SPORT A TITRE PROFESSIONNEL, ET/OU A TITRE D'AMATEUR REMUNEREE,**
- **DE TOUTE PARTICIPATION A DES COMPETITIONS, PARIS, DEMONSTRATIONS, ESSAIS, ACROBATIES, RAIDS, TENTATIVES DE RECORDS, ET/OU UTILISATION DE PROTOTYPES ET/OU APPAREILS NON HOMOLOGUES,**
- **DE LA PRATIQUE DES SPORTS AERIENS SUIVANTS EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER : ULM (ULTRA LEGER MOTORISE), PLANEUR, VOLS SUR AILES VOLANTES, PARAPENTE, DELTAPLANE, PARACHUTISME,**
- **LA PRATIQUE DES SPORTS DE MONTAGNE, DE NEIGE OU DE GLACE PRATIQUES HORS-PISTE ET HORS TERRAIN BALISE A PLUS DE 4 000 METRES, L'ALPINISME, L'ESCALADE (SAUF MURS ARTIFICIELS),**
- **LA PRATIQUE DES SPORTS ET ACTIVITES NAUTIQUES ET/OU EN EAUX VIVES : PLANCHE A VOILE A PLUS D'UN MILE DES COTES, KAYAK OU AVIRON A PLUS DE 300 METRES DES COTES, VOILE A PLUS DE 20 MILES DES COTES, YACHTING, CANYONING, RAFTING, DESCENTE DE RAPIDES, PLONGEE OU PECHE SOUS-MARINE**

AU-DELA DE 30 METRES, KITESURF,

- LA PRATIQUE DES SPORTS OU ACTIVITES DE LOISIRS SUIVANTS : SPORT DE COMBAT OU ARTS MARTIAUX, SKELETON, BOBSLEIGH, HOCKEY SUR GLACE, SPELEOLOGIE, SPORTS EQUESTRES (HORS MANEGES, RANDONNEES OU PROMENADE), SAUT A L'ELASTIQUE, KARTING, SPORTS DE TIR DONT CHASSE.

TOUTEFOIS, LORSQUE CES SPORTS SONT PRATIQUES DANS LE CADRE D'UN BAPTEME, D'UNE PROMENADE OU D'UNE INITIATION, LA GARANTIE EST ACQUISE SI L'ASSURE ETABLIT QUE LA PRATIQUE DE L'ACTIVITE A FAIT L'OBJET D'UN ENCADREMENT PAR DU PERSONNEL QUALIFIE, TITULAIRE DES BREVETS ET AUTORISATIONS REGLEMENTAIRES NECESSAIRES A UN TEL ENCADREMENT.

SI VOUS AVEZ CHOISI L'OPTION SPORTS A RISQUES MENTIONNEE A L'ARTICLE 4.2.1, LES SPORTS DECLARES DANS LE BULLETIN D'ADHESION NE SONT PAS EXCLUS.

EN COMPLEMENT DES RISQUES EXCLUS CI-DESSUS, NE SONT PAS COUVERTES LA PTIA ET L'ITT RESULTANT :

- D'UNE AFFECTION DE LA COLONNE VERTEBRALE : TOUTE ATTEINTE DISCO VERTEBRALE ET/OU RADICULAIRE (ATTEINTE DES RACINES NERVEUSES RACHIDIENNES), TOUTE RACHIALGIE (DOULEUR AU NIVEAU DE LA COLONNE VERTEBRALE) ET RADICULALGIE (DOULEUR SE RAPPORTANT AUX RACINES NERVEUSES). TOUTEFOIS, LA GARANTIE EST ACQUISE DES LORSQU'IL Y A FRACTURE D'UNE VERTEBRE OU LORSQUE LE TRAUMATISME ENTRAINE UNE PARAPLEGIE TOTALE.
- D'UNE AFFECTION NEUROPSYCHIQUE SUIVANTES : TROUBLE NEUROPSYCHIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHOSOMATIQUE, DE TOUTE MANIFESTATION JUSTIFIANT UN TRAITEMENT A VISEE NEUROPSYCHIATRIQUE ET, EN PARTICULIER, DU BURN-OUT, DE LA DEPRESSION NERVEUSE ET L'ANXIETE, Y COMPRIS SI CE TROUBLE OU CETTE MANIFESTATION EST EN RELATION AVEC UN FAIT GARANTI.
- 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 ».
- DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE, DE LA FIBROMYALGIE, DE L'HYPERSENSIBILITE AUX ONDES, DE LA MALADIE D'EHLERS-DANLOS, DES FASCIITES, DE LA MALADIE DE LYME.

8. COMMENT ADHERER ?

8.1 LES FORMALITES D'ADHESION

Les formalités d'adhésion varient en fonction de l'état de santé de l'assuré, de son âge, du montant des garanties, 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.
Le bulletin d'adhésion devra également être signé par l'assuré s'il est différent de l'adhérent.
Le bulletin d'adhésion contient un questionnaire sur les conditions d'exercice de la profession de l'assuré.

L'assuré doit compléter et signer :

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

L'assuré doit répondre à un questionnaire de santé simplifié si les conditions suivantes sont remplies :

- ✓ Il est âgé de moins de 55 ans.
- ✓ Vous avez choisi un montant inférieur à 150 000 € pour la garantie décès et PTIA.
- ✓ Vous avez choisi un montant inférieur ou égal à 2 000 €/mois (soit 66€/jour) pour la garantie ITT.

Ces plafonds de montant de garanties comprennent les garanties décès et incapacité temporaire totale de travail souscrites auprès de l'assureur au titre de contrats antérieurs.

Si l'assuré ne remplit pas une de ces conditions, il doit compléter une fiche de santé.

La transmission de la fiche de santé est :

- automatique si l'assuré a choisi la signature dématérialisée de ce document (procédure de télédéclaration sécurisée).
- à adresser sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur, s'il a choisi la signature manuscrite de ce document.

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

Selon les éléments que l'assuré aura fourni dans la fiche de santé, certains examens médicaux pourront être demandés par le médecin conseil de l'assureur à qui il conviendra d'en communiquer les résultats.

Pour répondre aux demandes de formalités médicales, l'assuré peut utiliser des examens médicaux précédemment réalisés en fournissant au médecin conseil de l'assureur les résultats, dans un délai de moins de six mois après leur réalisation. Au-delà de ce délai, il devra les effectuer de nouveau.

Si le montant du capital décès/PTIA est supérieur ou égal à 150 000 euros, un test de cotinine urinaire sera demandé en cas de réponse négative à la question « fumeur/non-fumeur ». L'assuré est considéré comme non-fumeur lorsqu'il reconnaît ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, cigarettes électroniques ou pipes, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois.

L'assuré et vous devez également compléter et signer :

- **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 1 000 000 € quels que soient l'âge de l'assuré et la formule choisie.
- Le montant des indemnités mensuelles choisi au titre de la garantie ITT est supérieur ou égal à 6 000 €/mois (soit 200€/jour).

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

BON A SAVOIR :

Le bulletin d'adhésion, le mandat SEPA, le questionnaire de santé simplifié ou la fiche de santé et le questionnaire technique et financier doivent être signés et transmis à l'assureur. À 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 ?

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.

8.2 LA DECISION DE L'ASSUREUR

À 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 et celles de l'assuré.

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 trente 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'adhérent 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.
- ✓ Le bulletin d'adhésion contenant notamment un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.
- ✓ Le certificat d'adhésion.
- ✓ Le questionnaire de santé simplifié 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.

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

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat d'adhésion.

La renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans le bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressé à BPCE Vie et BPCE Prévoyance – Centre d'Expertise et de Relation Client - 59 avenue Pierre Mendès France CS 11440 - 77095 Paris Cedex 13.

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion, qui est considérée comme n'ayant jamais existé. Elle prend effet à compter de la date de réception de la lettre et met fin aux garanties du présent contrat. L'assureur rembourse, sur le compte de l'adhérent, l'intégralité des cotisations versées dans les trente jours suivant la réception de la lettre de renonciation.

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

9. QUELLE EST LA DUREE DE VOTRE ADHESION ?

9.1 À QUELLE DATE EST CONCLUE VOTRE ADHESION ?

- 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.
- 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.

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 trente jours à compter de la date de la demande d'adhésion dans le cas d'une adhésion en agence. L'assureur rembourse alors à l'adhérent l'intégralité des cotisations versées, le cas échéant.

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

9.2 À 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 9.1.

9.3 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 1ER JOUR DU MOIS QUI PRECEDE LA DATE ANNIVERSAIRE DE L'ADHESION AU CONTRAT.

L'adhésion et les garanties prennent fin :

- en cas de décès/PTIA de l'assuré.

- à la date de cessation d'activité de l'entreprise,
- dès lors que l'assuré ne peut plus être considéré comme un homme-clé pour l'entreprise adhérente (cessation ou changement d'activité et de fonction, départ de la société adhérente, retraite, préretraite),
En cas de cessation de fonction de l'assuré ou de cessation d'activité de l'entreprise mettant fin à l'adhésion, la cotisation sera remboursée au prorata correspondant au risque non couru, sous réserve d'informer l'assureur.
- En cas de résiliation de l'adhésion sous réserve d'adresser 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'adhérent :
 - suite à une révision des cotisations selon les dispositions de l'article 16.
 - suite à une modification du contrat d'assurance par l'assureur et de refus de l'adhérent, 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.

- Lorsque la limite d'âge prévue pour les garanties décès et PTIA est atteinte, soit avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 75ème anniversaire de l'assuré.

L'option sports à risques prend fin avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 64ème anniversaire de l'assuré.

La garantie ITT prend fin avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion suivant le 67ème anniversaire de l'assuré. En tout état de cause, la garantie ITT cesse 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.

10. COMMENT MODIFIER VOS GARANTIES EN COURS D'ADHESION ?

Augmenter les montants garantis ou choisir une garantie facultative et/ou option :

L'assuré peut, avant l'âge limite d'adhésion pour chaque garantie, demander d'augmenter le montant des garanties (par palier de 1000 € pour la garantie décès et PTIA, 5€/jour pour la garantie ITT) ou d'ajouter de nouvelles garanties facultatives ou optionnelles sous réserve de se soumettre à des nouvelles formalités médicales, le cas échéant.

La modification prend effet :

- ✓ À la date d'acceptation de la demande lorsque l'assuré est accepté à des conditions normales, c'est-à-dire 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 (application d'un complément de cotisation et/ou limitation du champ d'application des garanties). En cas de refus, votre adhésion se poursuit aux conditions existantes au moment de votre demande de modification.

La modification tarifaire se fait au 1er jour du mois suivant la date d'acceptation par l'assureur de la demande. L'acceptation de l'assureur est matérialisée par l'émission d'un avenant.

Diminuer les montants garantis, supprimer une garantie facultative ou modifier une option :

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

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

11. QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ?

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

- Un changement de profession de l'assuré et/ou des modalités d'exercice de la profession,
- Un déménagement de l'assuré
- La cessation de l'activité de l'entreprise

En cas de changement de qualité de « fumeur » ou « non-fumeur » de l'assuré pendant la période de garantie, vous devez en informer dans les 30 jours l'assureur qui se réserve la faculté de modifier les garanties et de demander une cotisation complémentaire. En cas d'absence de déclaration, il sera fait application en cas de sinistre de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

12. DANS QUEL PAYS L'ASSURE EST-IL 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 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 18 «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

13. QUEL EST LE MONTANT DE VOS COTISATIONS ?

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 garanties facultatives et options choisies par l'adhérent
- De la qualité de fumeur ou de non-fumeur de l'assuré
- Des montants assurés.
- Des surprimes éventuelles notifiées.
- Des taxes d'assurance en vigueur.

14. COMMENT PAYER VOS COTISATIONS ?

Les cotisations sont prélevées automatiquement par l'assureur sur le compte bancaire de l'adhérent. La cotisation est annuelle. Le paiement de la cotisation peut être effectué de manière annuelle, semestrielle, trimestrielle, ou mensuelle. Vous pouvez demander à modifier cette périodicité de règlement au cours de votre adhésion. En cas d'incapacité de travail de l'assuré donnant lieu à des prestations versées par l'assureur, **les cotisations restent dues durant toute la période d'indemnisation.**

15. 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.

L'adhérent dispose alors d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de cette lettre pour régulariser le paiement de ses cotisations auprès de l'assureur

Le défaut de paiement des cotisations à l'expiration de ce délai, entraînera, conformément à l'article L141-3 du Code des assurances, la résiliation de l'adhésion et par conséquent la fin des garanties.

16. EST-CE QUE VOTRE COTISATION PEUT ETRE MODIFIEE ?

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

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'adhérent 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

17. QUELLES SONT LES MODALITES DE DECLARATION DES SINISTRES ?

Quand déclarer un sinistre ?

Le décès ou la PTIA de l'assuré doit être déclaré dans les meilleurs délais.

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

BON A SAVOIR :

Après ce délai de douze mois, 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.

A qui déclarer ?

Le décès peut être déclaré par courrier au Centre d'Expertise et de Relation Client :

BPCE Vie
Centre d'Expertise et de Relation Client
59 avenue Pierre Mendès France
CS11440 75709 PARIS Cedex 13

La PTIA ou l'ITT peut être déclarée par courrier à l'attention du médecin conseil :

BPCE Vie
Direction médicale- Médecin conseil
59 avenue Pierre Mendès France
CS11440 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
DANS TOUS LES CAS	<ul style="list-style-type: none"> • 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, • 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. • 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.
DECES	<ul style="list-style-type: none"> • Un extrait d'acte de décès. • 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, • Les documents justifiant de l'identité, de la qualité et des droits de chaque bénéficiaire et/ou de son représentant légal. • L'identification européenne du compte bancaire de chaque bénéficiaire (IBAN). • <i>Pour la couverture « associés »</i> L'assureur se réserve le droit de demander tous documents justifiant de la qualité d'associé et de l'opération de rachat des parts de l'associé décédé : une copie du pacte d'associés, du protocole de rachat des parts le cas échéant. A défaut, les statuts ou la décision d'assemblées générales indiquant le mode de cession entre associés.
PTIA	<ul style="list-style-type: none"> • Justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne. • 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. • <i>Pour la couverture « associés »</i> L'assureur se réserve le droit de demander tous documents justifiant de la qualité d'associé et de l'opération de rachat des parts de l'associé : une copie du pacte d'associés, du protocole de rachat des parts le cas échéant. A défaut, les statuts ou la décision d'assemblées générales indiquant le mode de cession entre associés
ITT	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • En cas de prolongation de l'ITT, les certificats de prolongation indiquant les causes et la durée médicalement prescrite. • 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.

18. 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, l'état de santé de l'assuré. Si vous le souhaitez, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de votre choix et à vos frais.

Si l'assuré s'oppose à ce contrôle, vous perdez droit à vos prestations.

Le contrôle médical doit obligatoirement être effectué en France métropolitaine ou dans l'un des DROM, ou à défaut, si l'état de santé de l'assuré exclut tout déplacement, sur son 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 3ème médecin. Faute d'entente sur le choix de ce 3ème médecin, celui-ci sera désigné par le Président du Tribunal judiciaire 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 réception, par l'assureur, des conclusions de l'arbitrage médical.

19. QUELLES SONT LES MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?

PRESTATIONS DECES

A compter de la réception de l'avis de décès de l'assuré et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des bénéficiaire(s), l'assureur dispose d'un délai de quinze 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 quinze 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 trente jours après la réception du dossier complet par l'assureur (cf. article « Quels documents adresser? »).

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

Si, au-delà du délai de quinze jours mentionnés 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 deux 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 dix 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 trente 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 dans la présente notice d'information.

PRESTATIONS ITT

Si l'assuré est reconnu en état d'ITT après étude du dossier de sinistre par l'assureur, les indemnités journalières sont versées à l'entreprise adhérente à l'expiration du délai de franchise de 90 jours. Ces indemnités sont versées selon une périodicité mensuelle, au fur et à mesure de la réception par l'assureur des pièces requises, à défaut les prestations cessent au dernier jour justifié.

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 dans la présente notice d'information.

V. INFORMATIONS GENERALES

20. QUI CONTACTER EN CAS DE RECLAMATION ?

Pour toute demande d'information ou toute réclamation hors contexte médical, l'adhérent peut prendre contact, dans un premier temps, avec son interlocuteur habituel.

Si, à ce stade, l'adhérent pense que sa demande n'est pas satisfaite, il peut formuler sa demande d'information ou de réclamation administrative en adressant un courrier à :

BPCE Vie

Centre d'Expertise et de Relation Client
59 avenue Pierre Mendès France
CS 11440 - 75709 PARIS CEDEX 13

Pour toute demande d'information ou de réclamation médicale, l'assuré peut formuler sa demande en adressant un courrier à :

BPCE Vie
Direction médicale - Médecin conseil
59 avenue Pierre Mendès France -
CS 11440 - 75709 PARIS CEDEX 13

Les adhérents personnes physiques pourront demander un avis au Médiateur de l'Assurance, si malgré les efforts de l'assureur, ils restent mécontents de la décision. Les personnes morales n'ont pas accès à la Médiation de l'Assurance. Le Médiateur de l'Assurance est une personnalité indépendante extérieure au Groupe BPCE. La demande devra être adressée à :

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

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.

21. MODALITE DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION / DEMATERIALISATION

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/ BPCE Prévoyance
- Centre d'Expertise et de Relation Client -
59 Avenue Pierre Mendès France - 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.

22. 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 :

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente 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 :

- 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.
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- 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.
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

23. TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ

Dans le cadre de la signature et de l'exécution du contrat et plus généralement de la relation d'affaires, l'assureur recueille certaines données concernant l'assuré. Le traitement de ces données à caractère personnel ainsi que les droits dont dispose l'assuré sur ses données sont décrits dans l'annexe « Protection par l'assureur des données à caractère personnel » de la présente notice d'information et également dans la notice de protection des données à caractère personnel sur le site Internet de l'assureur via le lien suivant :

<https://www.vos.donnees.assurances.natixis.com>.

Les évolutions apportées à ces informations sont communiquées en temps utile sur ce site Internet.

24. SOLVABILITE DE L'ASSUREUR

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière, mentionné à l'article L355-5 du Code des assurances, décrit l'activité et les résultats de l'assureur, son système de gouvernance, son profil de risque, la valorisation qu'il applique à des fins de solvabilité et la gestion de son capital. Il est publié annuellement sur le site <https://www.assurances.natixis.com>, afin de permettre à l'adhérent de pouvoir accéder facilement à ces informations

En outre, il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurances de personnes qui 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 de la société d'assurance défaillante).

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° 2020-115 du 12 février 2020 renforçant le dispositif national de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (transposition de la 5ème Directive).

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 et à l'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.

PROTECTION PAR L'ASSUREUR DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Rendez-vous sur le site internet <https://www.vos.donnees.assurances.natixis.com> pour plus d'informations et consulter les éventuelles mises à jour

1. RÉGLEMENTATION APPLICABLE

La collecte et le traitement par BCPE Vie et/ou BPCE Prévoyance (l'« **Assureur** »), en qualité de responsable du traitement, des données à caractère personnel (les « **Données personnelles** ») de l'assuré, adhérent/assuré ou prospect (les « **Personnes** ») dans le cadre de la demande d'adhésion au présent Contrat (la « **Demande d'adhésion** » ou l'« **Adhésion** ») sont régis par :

- la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite Loi Informatiques et Libertés ;
- le Règlement européen n°2016/679 du Parlement européen et du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ;
- toute réglementation applicable au traitement des Données personnelles (délibérations de la CNIL, recommandations des autorités de contrôle).

2. FINALITÉS DES TRAITEMENTS RÉALISÉS PAR L'ASSUREUR

Toutes les Données personnelles, y compris les données médicales ou de santé, demandées dans le cadre de la Demande d'adhésion (et ce, y compris dans le cadre de la fiche de santé et du questionnaire de santé) sont nécessaires au traitement de l'Adhésion. A défaut, l'Assureur ne peut procéder à son étude et, par conséquent, donner de suite favorable à celle-ci.

Les Données personnelles ainsi collectées sont utilisées pour les finalités suivantes.

- La passation, la gestion et l'exécution de l'Adhésion, l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque, ainsi que la gestion des demandes d'information, des réclamations, des litiges et du recouvrement.

Pour les finalités visées ci-dessus, l'Assureur a besoin de recueillir et de traiter des Données personnelles pour accepter la Demande d'adhésion et/ou permettre le bon fonctionnement de l'Adhésion.

- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, la gestion de la comptabilité, ainsi que la mise en œuvre de dispositifs de contrôle, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et la lutte contre le financement du terrorisme.

Ces finalités se fondent sur le respect des obligations légales et réglementaires.

- Le pilotage et la gestion de la réassurance, les écoutes et enregistrements téléphoniques, la gestion des incidents informatiques, la gestion de la relation client, la conduite d'activités de recherche et développement, le respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale, la lutte contre la fraude, ainsi que l'élaboration de statistiques et d'études à des fins actuarielles et à des fins de pilotage d'activité, de conception d'offre et de ciblage commercial.

Ces finalités sont fondées sur l'intérêt légitime de l'Assureur.

3. PRISE DE DÉCISION AUTOMATISÉE

Pour les demandes d'adhésion à ses contrats de prévoyance, l'Assureur permet l'envoi des fiches de santé de l'assuré via le portail Internet [mesformalitesmedicales.com](https://www.mesformalitesmedicales.com). Afin de procéder à l'étude de ces demandes, l'Assureur réalise un traitement automatisé des fiches de santé. Cette automatisation a pour but d'accepter dans les meilleurs délais la Demande d'adhésion. L'algorithme qui permet de prendre cette décision automatisée est très régulièrement contrôlé afin de s'assurer de son parfait fonctionnement.

Lorsqu'une décision de refus d'assurance résulte de ce traitement automatisé, l'assuré a le droit d'obtenir une explication quant à la décision prise à l'issue de ce processus et de contester cette décision.

4. DESTINATAIRES DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus, plusieurs destinataires de Données personnelles sont habilités à consulter ou utiliser ces Données personnelles. Ils sont les suivants :

- les personnels habilités de l'Assureur ou du groupe auquel il appartient ;
- les sous-traitants liés contractuellement à l'Assureur pour l'exécution de tâches ou prestations confiées par l'Assureur ;
- les intermédiaires d'assurance, les partenaires de l'Assureur ;
- les coassureurs et réassureurs de l'Assureur, et s'il y a lieu les organismes d'assurance ou les organismes sociaux ;
- toute personne intéressée au Contrat : assurés, personnes ayant souscrit ou adhéré à un Contrat de l'Assureur, bénéficiaires des Contrats et s'il y a lieu leurs ayants droit et représentants ;
- les associations souscriptrices de Contrats d'assurance collectifs ;
- les personnes intervenants au Contrat tels que les avocats, les auxiliaires de justice et officiers ministériels (notaires, huissiers de justice), le médiateur, les curateurs, les tuteurs, les enquêteurs, les pompes funèbres et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité ;
- les administrateurs/fiduciaires et les commissaires aux comptes ;
- les autorités financières, judiciaires ou agences d'État, organismes publics sur demande et dans la limite de ce qui est permis par la réglementation : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, CNIL, TRACFIN, Direction générale des Finances publiques, AGIRA, Caisse des dépôts et des Consignations.

5. TRANSFERT DE DONNÉES PERSONNELLES VERS DES PAYS EN DEHORS DE L'UNION EUROPÉENNE

Les Données personnelles peuvent faire l'objet d'un hébergement dans un pays hors de l'Union européenne dans le respect des conditions imposées par la législation européenne et nationale. Toutes les précisions sont accessibles sur le site de l'Assureur à l'adresse Internet suivante :

<https://www.vos.donnees.assurances.natixis.com>

6. CONSERVATION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Assureur conserve les Données personnelles selon les durées précisées ci-dessous :

- si l'adhésion au contrat a été réalisée :
 - pendant la durée nécessaire à l'exécution de l'Adhésion au contrat,
 - puis à l'issue de cette durée d'exécution, pendant une durée de 10 à 30 ans (plus de précisions à l'adresse internet suivante : <https://www.vos.donnees.assurances.natixis.com>) ;
- si la Demande d'adhésion n'a pas été suivie d'effet :
 - les données de santé sont conservées pendant 5 ans à compter de leur collecte ;
 - les autres Données personnelles sont conservées pendant 3 ans à compter de leur collecte.

7. LES DROITS DES PERSONNES CONCERNANT LEURS DONNEES PERSONNELLES

Les Personnes disposent de droits concernant leurs données personnelles : droit d'accès, de rectification, d'effacement et de retrait du consentement au traitement des Données personnelles ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. Elles peuvent également demander la portabilité de leurs Données personnelles lorsque ces dernières ont été nécessaires à l'étude de la Demande d'adhésion ou à l'exécution de l'Adhésion.

Toute demande relative à l'exercice des droits visés ci-dessus, doit être adressée au service du Délégué à la Protection des Données dont les coordonnées sont les suivantes : Data Privacy Liaison, BPCE Vie / BPCE Prévoyance, Direction Conformité, 59 avenue Pierre Mendès France, CS 11440, 75709 Paris Cedex 13, ou dpo.bpcevie@natixis.com.

La demande doit être accompagnée de la copie signée d'une pièce d'identité en cours de validité.

En cas de désaccord persistant concernant le traitement de leurs Données personnelles, les personnes concernées ont le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 (téléphone : 01 53 73 22 22).

ANNEXE 2

LA FISCALITÉ ET LES PRELEVEMENTS SOCIAUX APPLICABLES AU CONTRAT

Le régime fiscal et social des cotisations et des prestations présenté ci-dessous est le régime fiscal français applicable au 1er janvier 2021.

L'ADHÉSION AU CONTRAT EST RÉALISÉE DANS LE CADRE DE LA COUVERTURE « PERSONNE CLÉ »

Fiscalité des cotisations

Les cotisations constituent une charge d'exploitation **déductible** du bénéfice imposable de l'entreprise **l'année de leur versement**.

Le montant des capitaux versés doit conserver un lien avec la perte d'exploitation susceptible de découler de la disparition ou de l'incapacité de l'assuré. Ce lien doit exister au moment de l'adhésion, mais également tout au long de la vie du contrat.

Fiscalité des prestations

Les capitaux et les indemnités journalières versés à l'entreprise lors de la réalisation du risque doivent être compris dans le bénéfice imposable en tant que **profit exceptionnel**.

Corrélativement, le profit correspondant, soumis à l'impôt sur les sociétés ou à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, et bénéfices agricoles peut faire l'objet d'un étalement sur 5 ans sur option : il sera alors réparti par parts égales sur l'année de sa réalisation et sur les quatre années suivantes.

L'ADHÉSION AU CONTRAT EST RÉALISÉE DANS LE CADRE DE LA COUVERTURE « CRÉDITS »

Fiscalité des cotisations

Les cotisations sont déductibles du bénéfice imposable soit :

1. L'année de versement si les trois conditions suivantes sont réunies :

- le concours financier est nécessaire à l'exploitation de l'entreprise,
- l'adhésion au contrat a été imposée à l'entreprise emprunteuse par une stipulation expresse du contrat de prêt,
- l'assuré est le dirigeant de l'entreprise.

2. Lors du dénouement du contrat ou l'année de la réalisation du risque si les trois conditions précitées ne sont pas réunies.

Fiscalité des prestations

Lors de la réalisation du risque, le versement du capital au prêteur par l'assureur éteint la dette de l'entreprise dont l'actif net augmente en conséquence. Le profit qui résulte de cette indemnisation doit être compris dans les résultats de l'exercice en cours et sera taxé en tant que **profit exceptionnel**.

Corrélativement, le profit correspondant, soumis à l'impôt sur les sociétés ou à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, et bénéfices agricoles peut faire l'objet d'un étalement sur 5 ans sur option et sous conditions : il sera alors réparti par parts égales sur l'année de sa réalisation et sur les quatre années suivantes. En cas d'option pour l'étalement et si l'adhésion au contrat n'a pas été imposée par l'organisme financier, il conviendra d'échelonner par parts égales, sur les mêmes années, la déduction du montant global des cotisations acquittées, non déduites des résultats imposables.

L'ADHÉSION AU CONTRAT EST RÉALISÉE DANS LE CADRE DE LA COUVERTURE « ASSOCIÉS »

Fiscalité des cotisations

Les cotisations payées par l'entreprise adhérente constituent un avantage en nature et doivent être intégrées aux revenus imposables de l'associé assuré.

Fiscalité des prestations

Fiscalité applicable en cas de décès

Age de l'assuré lors du versement de la dernière prime (cotisation)	Fiscalité appliquée aux décès survenant à compter du 1er janvier 2021	
Moins de 70 ans	<p>Application de l'article 990-I du Code général des impôts sous réserve que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adhérent soit résident français au jour du décès ; Ou - le bénéficiaire soit résident français au moment du décès de l'assuré et qu'il l'ait été pendant au moins six ans au cours des dix années précédant le décès. <p>Prélèvement forfaitaire sur la part taxable *(1) après application d'un abattement de 152 500 euros par bénéficiaire tous contrats confondus**(2), soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0% pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire inférieure à 152 500 euros ; - 20,00 % pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire compris entre 152 501 euros et 852 500 ; - 31,25 % pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire supérieur à 852 500 euros 	<p>Le bénéficiaire est exonéré du prélèvement forfaitaire et des droits de successions en application des articles 795, 796-O bis et 796-O ter du Code général des impôts,</p> <p>lorsqu'il est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le conjoint de l'assuré ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ; - le frère ou la sœur de l'assuré, à la charge de l'assuré, dans les conditions définies au Code général des impôts.
Plus de 70 ans	<p>Application de l'article 757 B du Code général des impôts</p> <p>Application des droits de succession (selon le degré de parenté entre l'assuré et le bénéficiaire) à la fraction des primes versées après 70 ans excédant 30 500 euros ***(3)</p>	

*(1) Dernière prime annuelle versée à la condition qu'elle excède 300 euros

** (2) Pour que l'assureur puisse appliquer cet abattement de 152 500 euros avant l'application du prélèvement, le bénéficiaire doit lui fournir une attestation sur l'honneur certifiant que l'abattement de 152 500 euros n'a pas été épuisé par :

- le versement de sommes, rentes ou valeurs quelconques reçues d'un ou plusieurs autres organismes d'assurance, à raison du décès du même assuré et
- le montant des dernières primes annuelles versées par ledit assuré pour des contrats non rachetables.

*** (3) Attention : lorsque plusieurs contrats d'assurance sur la vie, rachetables ou non, sont conclus sur la tête d'un même assuré, quel que soit le nombre de bénéficiaires, il est tenu compte de l'ensemble des cotisations versées après le soixante-dixième anniversaire de celui-ci pour apprécier le franchissement du seuil de 30 500 euros.

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

