

La solution de prévoyance choisie par Altaprofits pour assurer l'avenir de vos proches

NOTICE D'INFORMATION Capital Décès MMA

✔ **ALTASÉCURITÉ**

Souscrit par MMA Vie Assurances Mutuelles auprès de MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie

Notice d'information

CAPITAL DECES

Contrat d'assurance de groupe
n° AS-2017-01

souscrit par l'Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa
(ANS Vie-Covéa) auprès de
MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie.

Version 01/2020

PREAMBULE

CAPITAL DECES est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative n°AS-2017-01, souscrit par l'Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa (ANS Vie-Covéa) auprès des assureurs* MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie.

Ce contrat est régi par le Code des assurances dans le cadre des opérations d'assurance de la branche 20 « Vie – Décès » (article R. 321-1 du Code des assurances), par la loi et le régime fiscal français en vigueur.

Pour la gestion de l'adhésion, MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie mandatent Cbp France*, intermédiaire en assurance.

Le produit CAPITAL DECES peut être souscrit dans le cadre :

- d'une formule Famille
- d'une formule Homme Clé
- ou d'une formule Garanties Croisées.

L'adhésion se compose des documents suivants :

- **la demande d'adhésion** dûment complétée et signée
- **le questionnaire de santé (simplifié et/ou complet)** dûment complété et signé
- **la notice d'information*** qui décrit les effets de l'adhésion et définit l'ensemble des garanties pouvant être souscrites.
- **la notification de décision, le cas échéant, qui fait partie intégrante de la demande d'adhésion**, dûment datée et signée par l'adhérent*, qui précise les conditions d'acceptation et le montant de la cotisation.
- **le certificat individuel d'adhésion*** qui précise la date d'effet de votre adhésion, la personne assurée*, ainsi que les garanties que vous avez choisies et que l'Assureur* a accordées, le montant de la cotisation et le(s) bénéficiaire(s)* désigné(s).

Votre adhésion est régie par ces documents et par le code des assurances.

LEXIQUE

Ce lexique a pour but de clarifier la lecture de votre adhésion afin d'éviter toute ambiguïté. Chaque fois que le texte de votre contrat fait appel à un terme défini au lexique, il est suivi d'un astérisque (*).

Accident corporel

Toute atteinte corporelle résultant d'un choc traumatique (ou traumatisme), violent, soudain et imprévu provoqué par une cause extérieure à l'assuré victime.

Adhérent

Désigne toute personne physique âgée de 18 à 69 ans ou, toute personne morale, membre de l'Association* souscriptrice, qui signe l'adhésion et qui s'engage à payer les cotisations d'assurance.

Association

ANS Vie-Covéa (Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa), souscriptrice du contrat de groupe n°AS-2017-01 auprès des assureurs* MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie. Cette association, à but non lucratif, constituée conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901, est établie 86-90 rue Saint-Lazare – 75009 PARIS. Les statuts sont disponibles sur le site www.ansviecovea.org.

Chaque année, sur l'ensemble des frais prélevés par les assureurs ayant conclu un contrat avec l'ANS Vie-Covéa, dont MMA Vie, 1,30 € sont reversés à cette dernière au titre de la cotisation annuelle applicable par adhérent*.

Assuré

Désigne la personne physique identifiée sur le certificat individuel d'adhésion* et sur laquelle repose le risque.

Selon l'article L. 132-3 du Code des assurances, il est notamment défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. Toute assurance contractée en violation de cette prohibition est nulle.

Assureur(s)

Les garanties « **Capital Décès Accident / Maladie** », « **Option Doublement capital décès accident** » sont souscrites par l'Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa (ANS Vie-Covéa) auprès de :

MMA Vie Assurances Mutuelles

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes

RCS Le Mans 775 652 118.

MMA Vie

Société anonyme, au capital de 142 622 936 euros

RCS Le Mans 440 042 174.

Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72030 Le Mans CEDEX 9.

Ces sociétés sont dénommées ensemble l'« Assureur » dans la présente Notice d'information*.

Avenant à l'adhésion

Document constatant toute modification apportée à votre adhésion initiale.

Bénéficiaire(s)

Personne(s) physique(s) ou morale(s) désignée(s) par l'adhérent* pour recevoir les prestations* lors d'un sinistre*.

Cbp France

Intermédiaire en assurance enregistré auprès de l'ORIAS sous le n° 07 009 030– SASU au capital de 62 035 euros – 863 800 868 RCS Nantes – 3 rue Victor Schœlcher – bat E et F – 44 800 Saint Herblain.

Certificat individuel d'adhésion

Document qui reprend notamment les éléments déclarés lors de l'adhésion ou lors d'un avenant à l'adhésion*.

Consolidation

Désigne le moment où l'état de santé de l'assuré* et ses séquelles, médicalement constatés, ne peuvent s'améliorer dans un avenir prévisible et ce, malgré l'ensemble des traitements et aides techniques disponibles.

Consommation anormale

Désigne la consommation, exclusive ou excessive, au regard des recommandations de son fabricant ou d'une Agence de santé nationale habilitée à informer le public des dangers de cette consommation. C'est aussi la consommation, sans prescription d'un médecin habilité, de médicaments ne pouvant être délivrés que sur ordonnance médicale.

Déchéance

C'est la perte du droit à l'indemnité contractuellement prévue et due au titre du sinistre* à l'encontre d'un assuré* qui n'a pas exécuté ses obligations en cas de sinistre*.

MMA Vie Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 118

MMA Vie, société anonyme, au capital de 142 622 936 euros, RCS Le Mans 440 042 174

Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon - 72030 Le Mans cedex 9 - Entreprises régies par le code des assurances.

Échéance

Date de renouvellement de l'adhésion pour laquelle une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due.

Fumeur

Désigne toute personne qui consomme actuellement ou qui a consommé au cours des deux dernières années, même occasionnellement, des produits contenant du tabac ou de la nicotine sous quelque forme que ce soit (par exemple : cigarette, cigare, pipe, électronique ou non).

Hospitalisation

Séjour effectué en qualité de patient dans un département médical ou chirurgical d'un établissement public ou privé, agréé par la Sécurité Sociale (hôpitaux, cliniques, maisons de repos et de convalescence,...).

Maladie

Toute altération de la santé médicalement constatée par une autorité compétente n'ayant pour origine ni un accident ni un fait volontaire de l'assuré*.

A titre d'exemple, il est précisé que constituent notamment des maladies* :

- les conséquences d'un choc émotionnel ou d'un effort, les lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), même d'origine traumatique,
- les accidents cardiaques, cérébraux ou vasculaires, les syncopes et lésions qui peuvent en résulter.

Mécontentement

Incompréhension définitive de l'Assuré*, ou désaccord, sur la réponse ou la solution apportée, avec manifestation d'un sentiment d'injustice subie, exprimée dans le cadre d'une réclamation*.

L'injure ou l'insulte ne sont pas considérées contractuellement comme l'expression d'un mécontentement*.

Notice d'information

Il s'agit du présent document précisant le contenu des garanties, leurs modalités d'exécution applicables à l'ensemble des adhérents* au contrat d'assurance de groupe n°AS-2017-01, ainsi que les dispositions relatives à l'exécution de l'adhésion.

Notification de décision

Document signé par l'adhérent* qui précise les conditions d'acceptation et le montant de la cotisation. Ce document fait partie intégrante de la demande d'adhésion.

Nullité

Désigne l'annulation pure et simple de l'adhésion qui est réputée n'avoir jamais existée.

Le Code des assurances sanctionne ainsi une fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent*. Le Code civil sanctionne aussi le défaut de contenu licite et certain ainsi que les vices du consentement du contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assuré* est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* si, par suite de maladie ou d'accident corporel* survenu postérieurement à l'adhésion, il ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité susceptible de procurer un salaire, gain ou profit et est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie : se laver, se vêtir, se nourrir, ou se déplacer.

Cet état doit être constaté par une autorité médicale et reconnu par le médecin expert désigné par l'Assureur*.

Première constatation Médicale

La première constatation de la maladie est établie à la date du diagnostic ou tout au moins à la date à laquelle un traitement directement en relation avec l'affection a été proposé.

Prestation

Désigne les sommes que l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s)* consécutivement à un sinistre* après réception des justificatifs nécessaires.

Réclamation

Déclaration actant, par téléphone, par courrier, par mail ou en face à face, le mécontentement* d'un client envers l'Assureur*.

Résiliation

Désigne la cessation des effets du contrat pour l'avenir.

Sinistre

Réalisation de l'événement dommageable donnant lieu à la mise en jeu de l'une des garanties de l'adhésion (« Décès » ou « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* »).

La date du sinistre est :

- en cas de décès : la date du décès
- en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* : la date de consolidation de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie* définie par le médecin expert désigné par l'Assureur*.

CAPITAL DECES

OBJET DE L'ADHESION

- 101 CAPITAL DECES a pour objet, moyennant le paiement d'une cotisation, d'assurer le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s)* désigné(s) en cas de décès de l'assuré*, ou en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* :
- à l'assuré* lui-même dans le cadre d'un contrat « Famille »,
 - à l'entreprise adhérente dans le cadre d'un contrat « Homme Clé »,
 - à (aux) l'associé(s) désigné(s) au contrat dans le cadre d'un contrat « Garanties Croisées ».

Le montant de ces capitaux est fonction de l'option choisie et des circonstances de la réalisation du risque couvert (par exemple doublement du capital en cas d'accident corporel*).

CONDITIONS D'ADHESION

- 102 **L'adhésion est réservée aux personnes résidant fiscalement en France métropolitaine ainsi que dans les départements et régions d'Outre-mer (DROM) et âgées de 18 à 69 ans. Si l'âge à l'adhésion est supérieur à 67 ans seule la garantie Décès pourra être souscrite.**

SPECIFICITE CONTRAT HOMME CLE

- 103 Ce contrat CAPITAL DECES peut être souscrit dans le cadre d'une fiscalité Homme-clé. Le capital décès permet de protéger l'entreprise en cas de décès d'un homme clé dans l'activité de l'entreprise. La souscription dans le cadre d'un Homme Clé n'est accessible que pour les structures sociétales. Ce type de contrat n'est pas souscrit par l'entreprise individuelle.

Dans un contrat Homme Clé, l'entreprise est à la fois : adhérent*, payeur de prime et bénéficiaire* en cas de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré*.

L'assuré* est l'homme clé de l'entreprise (chef d'entreprise ou un collaborateur indispensable au bon fonctionnement d'une société).

Les cotisations versées peuvent être déduites du bénéfice imposable de l'entreprise l'année de leur versement au titre des charges d'exploitation.

En cas de décès ou de Perte totale et Irréversible d'autonomie* de l'homme clé pour lequel le contrat a été souscrit, le capital décès versé par l'Assureur* est considéré comme un profit exceptionnel et est de ce fait, imposable au titre de l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun.

Le montant du capital décès doit être fixé par l'entreprise en concertation avec son expert-comptable. L'entreprise adhérente s'engage à tenir informée l'Assureur* de toute modification (notamment en cas de liquidation ou de départ de l'Homme Clé). L'Assureur* n'intervient pas dans la détermination du montant du capital qui est sous la responsabilité de l'entreprise adhérente.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ADHESION

Prise d'effet de l'adhésion

- 111 L'adhésion est réputée conclue au jour de signature de la demande d'adhésion par l'adhérent* (et par l'assuré* s'il est différent) et prend effet à cette date sous réserve de :
- l'absence de refus de l'adhésion par l'Assureur* dans un délai maximum de 30 jours à compter du jour de la signature de la demande d'adhésion,
 - de l'encaissement de la première cotisation,
 - de la réception de toutes les informations et/ ou justificatifs demandés dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (article 804 de la Note d'information).
- La date d'effet est mentionnée sur le certificat individuel d'adhésion* remis à l'adhérent*.

Durée de l'adhésion

- 112 **L'adhésion a une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction à sa date anniversaire de prise d'effet et ce jusqu'à l'échéance* qui suit le 75ème anniversaire de l'assuré***, sauf résiliation pour non-paiement des cotisations ou demande écrite de l'adhérent*.

Cessation des garanties

- 113 Les garanties de l'adhésion cessent :
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent* (article 505 de la Notice d'information) ;
 - en cas de résiliation par l'Assureur* au terme du délai prévu en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisations (article 525 de la Notice d'information*) ;
 - à la date d'envoi de la lettre de renonciation (article 701 de la Notice d'information*) ;
 - dès le règlement des prestations par l'Assureur* en cas d'exécution de la garantie Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* ;
 - pour la garantie Décès : à l'échéance* qui suit le 75ème anniversaire de l'assuré* ;
 - pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* : au jour du 67ème anniversaire de l'assuré*.

Les cotisations versées antérieurement restent acquises dans leur intégralité à l'Assureur*.

114 Cotisation à l'ANS Vie-Covéa

Chaque année, sur l'ensemble des frais prélevés par les assureurs* ayant conclu un contrat avec l'ANS Vie-Covéa, dont MMA Vie, 1,30 € sont reversés à cette dernière au titre de la cotisation annuelle applicable par adhérents*.

APPLICATION TERRITORIALE

- 121 La couverture des garanties s'exerce dans le monde entier pour les séjours n'excédant pas un an.

LES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

- 201 Les garanties choisies par l'Adhérent* sont indiquées sur le certificat individuel d'adhésion* :
- garantie de base : « Capital Décès Accident / Maladie » comprenant les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* qui sont indissociables.
 - garantie optionnelle : « Doublement du capital décès accident ».

Les garanties s'appliquent dans le cadre de la vie privée ou professionnelle.

Les garanties sont accordées dans les limites précisées à l'article 401 de la Notice d'information* et les dispositions mentionnées dans le certificat individuel d'adhésion* et déduction faite de l'éventuelle cotisation ou fraction de cotisation restant à payer pour l'année en cours.

Le versement des prestations* dépend de la production des justificatifs demandés dans le paragraphe « La déclaration du sinistre* » à l'article 604 de la Notice d'information*.

Le montant du capital choisi en cas de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* doit être compris entre 10 000 € minimum et 4 000 000 € maximum par pas de 10 000 €, pour un même assuré* et par adhésion. La garantie optionnelle « Doublement du capital décès accident » proposée en complément de la garantie de base « Capital Décès Accident / Maladie » est plafonnée à 2 000 000 €; le montant total des capitaux assurés étant limité à 4 000 000 € (2 000 000 € maximum sur chaque garantie).

LA GARANTIE DECES

GARANTIE DE BASE : CAPITAL DECES ACCIDENT / MALADIE (DECES TOUTE CAUSE)

- 211 Si, en cours d'adhésion, l'assuré* décède, l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital décès quelle que soit la cause du décès (maladie, accident corporel*, mort naturelle), sauf exclusions de garantie précisées à l'article 401 de la Notice d'information*.
- Le montant du capital versé est celui garanti au jour du décès de l'assuré* et est mentionné dans le certificat individuel d'adhésion* ou ultérieurement par avenant au contrat.

L'acceptation de cette garantie est soumise à la décision de l'Assureur* et est fonction des réponses apportées dans le questionnaire de santé complété par l'assuré*, et le cas échéant, des formalités contractuelles (médicales et financières) et / ou des compléments d'informations médicales.

GARANTIE OPTIONNELLE : DOUBLEMENT CAPITAL DÉCÈS ACCIDENT

- 221 Cette option proposée en complément de la garantie « Capital Décès Accident / Maladie » permet le doublement du capital si le décès de l'assuré* a été provoqué par un accident corporel*. Le décès doit survenir moins de 12 mois après l'accident corporel*, et au plus tard avant la date de fin de l'adhésion déterminée dans le certificat individuel d'adhésion*.

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES* ?

- 231 Lors de l'adhésion ou ultérieurement par avenant à l'adhésion*, l'adhérent* peut désigner le(s) bénéficiaire(s)* de son choix, qui percevra (ont) le capital prévu par le contrat au décès de l'assuré*. Cette désignation peut s'effectuer notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique ou par voie testamentaire.

L'adhérent* doit désigner nommément le(s) bénéficiaire(s)* et préciser leurs coordonnées. Celles-ci seront utilisées par l'Assureur*, lors du décès de l'assuré*, pour identifier et contacter le(s) bénéficiaire(s)* concerné(s).

En cours d'adhésion l'adhérent* a la faculté de modifier la clause bénéficiaire si elle n'est plus appropriée ou si les coordonnées du (des) bénéficiaire(s)* sont à actualiser.

Toutefois, la clause bénéficiaire est irrévocable en cas d'acceptation par le(s) bénéficiaire(s)* dont les modalités sont décrites à l'article L 132-9 du Code des assurances.

L'adhérent* peut informer des personnes de confiance ou le(s) bénéficiaire(s)* de l'existence de ce contrat et des coordonnées de l'Assureur*.

En l'absence de bénéficiaire* déterminé, le capital versé en cas de décès fait partie de la succession de l'assuré.

BENEFICIAIRE* ACCEPTANT

- 241 En présence d'un bénéficiaire* acceptant, celui-ci doit, en application de l'article L. 132-9 du Code des assurances, donner son accord aux opérations postérieures à l'acceptation telles que notamment le changement de clause bénéficiaire ou les demandes de mise en exécution des garanties du contrat.

DROIT D'INFORMATION DES BENEFICIAIRES

- 251 Conformément à l'article L.132-9-2 du Code des assurances, toute personne physique ou morale peut demander à être informée gratuitement de l'existence d'une stipulation réalisée à son profit par une personne physique dont la preuve du décès peut être apportée par tout moyen. La demande doit être formalisée par écrit auprès de l'AGIRA (Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance), à l'adresse suivante : AGIRA - 1 rue Jules Lefebvre – 75431 PARIS Cedex 9 ou sur le site www.formulaireassvie.agira.asso.fr.

AIDE FINANCIÈRE

- 261 Au décès de l'assuré*, sans attendre la libération de la garantie « Capital Décès Accident / Maladie », l'Assureur* peut verser une Aide Financière de 3 000 euros sur demande du bénéficiaire* désigné dans le certificat individuel d'adhésion* ou ultérieurement par avenant à l'adhésion*. Il s'agit d'une avance de fonds au titre de la garantie capital décès. L'Aide financière est versée à un seul bénéficiaire* nommément désigné ou désigné par sa qualité de conjoint ou partenaire de PACS.

L'Aide Financière est versée même si le règlement de la garantie « Capital Décès Accident / Maladie », qui est soumis à une étude complète du dossier, n'a pas encore été accepté par l'Assureur*.

Le montant de l'Aide Financière versé sera déduit du montant du capital dû au titre des garanties de l'adhésion.

A réception des éléments définitifs du dossier, **si la garantie « Capital Décès Accident / Maladie » n'était finalement pas mise en jeu, l'Assureur* serait susceptible de demander la restitution de l'avance versée.**

Le total des prestations* dues au(x) bénéficiaire(s)* désigné(s) du capital n'excèdera pas le montant de la garantie « Capital Décès Accident / Maladie ».

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION* ?

- 271 Le montant versé au titre de la garantie de base « Capital Décès Accident / Maladie » est celui garanti au jour du sinistre* **déduction faite de la somme qui a pu être versée au titre de la garantie Aide Financière et déduction faite de l'éventuelle cotisation ou fraction de cotisation restant à payer pour l'année en cours.**

LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE*

301 Si, en cours d'adhésion, l'assuré* est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, l'Assureur* verse le capital prévu en cas de décès.

Ce capital sera versé :

- à l'assuré lui-même ou,
- à l'entreprise adhérente dans le cadre d'un contrat « Homme clé »,
- à (aux) l'associé(s) désigné(s) au contrat dans le cadre d'un contrat « Garanties Croisées ».

Cet état doit être constaté par une autorité médicale et reconnu par le médecin expert désigné par l'Assureur*. **Ce versement met fin à l'adhésion.**

Cette garantie fonctionne exactement selon les mêmes modalités que les garanties « Capital Décès Accident / Maladie », cependant l'assuré* ne peut pas bénéficier de l'Aide Financière.

COMMENT EST RECONNUE LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE* ?

302 Le médecin expert désigné par l'Assureur* procède à un examen médical afin de reconnaître l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* de l'assuré* et de préciser la date de consolidation* de cet état (voir paragraphe Expertise médicale en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* à l'article 606 de la Notice d'information*).

CE QUI N'EST JAMAIS GARANTI

401 Sont exclues des garanties décrites précédemment et de l'aide financière (le cas échéant) :

- les conséquences d'un conflit armé, sauf disposition d'ordre public contraire.
- les conséquences de la désintégration du noyau atomique.
- les conséquences dommageables d'un acte intentionnel ou une mutilation volontaire de l'assuré*, ou de toute personne à qui l'assurance profiterait directement ou non, mettant en danger son intégrité physique.
- le suicide ou la tentative de suicide au cours de la première année d'adhésion. Le suicide reste toutefois garanti en décès par la garantie « Capital Décès Accident / Maladie » s'il survient au-delà de la première année d'assurance. En cas d'augmentation de la garantie, ce risque ne sera couvert que pour les garanties supplémentaires souscrites depuis plus d'un an.
- les conséquences de la participation active de l'assuré* à un délit intentionnel, crime, délit/crime contre la nation, rixe, acte de sabotage, complots ou mouvement populaire mettant en danger son intégrité physique. Ces exclusions ne s'appliquent toutefois pas en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.
- les conséquences liées à la consommation anormale* ou illicite par l'assuré* de drogues, de stupéfiants, de médicaments non prescrits médicalement.
- les accidents corporels* de l'assuré* en tant que conducteur de véhicule à moteur sous l'emprise d'un état d'alcoolémie dépassant le taux légal autorisé. Ces exclusions ne s'appliquent toutefois pas si la preuve est rapportée que le sinistre* est sans relation avec l'état de l'assuré*.
- les accidents corporels* de navigation aérienne à bord d'engin non muni d'un certificat de navigabilité ou dont le pilote ne possède pas un brevet ou de licence en cours de validité.

Les garanties de la présente adhésion ne sont pas couvertes en cas de séjour à l'étranger excédant 1 an.

Sont également exclus tous les sinistres* survenus au cours de l'exercice des professions ci-dessous, ainsi que leurs suites et conséquences :

- tous les métiers dans le domaine de la surveillance armée ou du maintien de l'ordre ;
- tous les métiers avec vente, port d'arme ou usage d'explosifs ;
- toutes professions nécessitant un travail en hauteur à plus de 4 m du sol, ou un travail sur plate-forme d'exploration ou de forage, descente en puits, mines, carrières ou galeries ;
- pompier professionnel ;
- sportif professionnel ;
- artificier, pyrotechnicien ;
- cascadeurs, toreros ;
- les métiers relatifs à des activités journalistiques, médicales humanitaires, de recherche, d'exploration ou d'expédition, dans le cadre des déplacements professionnels (hors séminaire, congrès).

Les garanties s'exercent dans le cadre des activités sportives, à l'exception :

- des sports pratiqués à titre professionnel ou dans un cadre rémunéré (hors éducation nationale) ;
- des compétitions de sports d'équitation, de sports avec usage d'engins à moteur ou de sports sur mer, neige ou glace ;
- des vols d'essai et vols sur engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pilote sans licence en cours de validité ;
- des paris, défis, raids et des tentatives de record ;

Les activités ci-dessous sont garanties uniquement lors d'une pratique ponctuelle encadrée par une personne habilitée dans le cadre d'une initiation (toute activité durant laquelle l'assuré* acquiert des connaissances élémentaires d'une discipline) ou d'un baptême (première pratique d'une activité) :

- tous les sports aériens, le saut à l'élastique.
- tous les sports de neige pratiqués sur pistes non règlementées, non ouvertes et non accessibles en remontées mécaniques, le bobsleigh, le skeleton, les sports de montagne pratiqués au-delà de 4 000 m d'altitude.
- la plongée avec bouteille au-delà de 20 m de profondeur, les activités nautiques pratiquées au-delà de 1 mille nautique, la navigation maritime pratiquée au-delà de 20 milles nautiques, le kitesurf, le windboard.

COMMENT FONCTIONNE VOTRE ADHESION ?

QU'EST-CE QUI SERT A ÉTABLIR OU À MODIFIER VOTRE ADHÉSION ?

VOS DÉCLARATIONS

501 L'adhésion est établie en fonction des réponses apportées aux questions de l'Assureur* et, pour la garantie « Capital Décès Accident / Maladie », des déclarations de l'assuré* sur son état de santé et sur sa qualité de fumeur* ou non-fumeur.

En fonction des montants de garanties souscrits, l'assuré* doit répondre :

- soit à un questionnaire de santé simplifié
- soit à un questionnaire de santé complet

En cas de réponse positive au questionnaire de santé simplifié, la personne à assurer devra compléter un questionnaire de santé complet.

Dans certains cas, l'Assureur* se réserve le droit de demander des pièces complémentaires. Après étude du dossier médical par le médecin conseil de l'Assureur*, celui-ci peut refuser la demande d'adhésion ou bien l'accepter à des conditions spécifiques de tarification qui figureront dans le certificat individuel d'adhésion*.

La décision de l'Assureur* est valable 6 mois. A défaut de prise d'effet des garanties dans ce délai, les formalités d'adhésion doivent être renouvelées.

CHANGEMENT DE SITUATION EN COURS D'ADHESION

502 En cours d'adhésion, aucune modification de la situation de l'assuré* ne nécessite de déclaration, **hormis le changement de profil tabagique.**

A défaut, l'Assureur* se réserve le droit d'appliquer les sanctions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances (article 503 de la Notice d'information*).

En cas de modification relative au changement de statut fumeur* / non-fumeur, la tarification pourra être revue sous réserve du résultat des formalités demandées par l'Assureur*.

En cas de changement administratif (nom, adresse postale, coordonnées bancaires ...), l'assuré* doit également en informer Cbp France* dans les plus brefs délais afin de faciliter la gestion de l'adhésion. A défaut, les courriers seront transmis selon les dernières informations connues et produiront leurs effets.

Spécificité homme clé :

En cours de contrat, l'adhérent* s'engage à informer l'Assureur*, par lettre recommandée, de toutes modifications de la situation de l'assuré* vis-à-vis de l'entreprise, notamment en cas de :

- radiation des listes du personnel de l'entreprise adhérente,
- rupture du contrat de travail s'il est salarié,
- perte de la qualité d'homme clé.

LES CONSÉQUENCES DE L'INEXACTITUDE DE VOS DÉCLARATIONS

- 503 **Toute omission ou inexactitude dans vos déclarations pourra entraîner l'application des articles L.113-8 ou L.113-9 du Code des assurances applicables aux fausses déclarations intentionnelles ou non. L'Assureur* pourra appliquer, notamment en cas de découverte lors d'un sinistre*, soit :**
- la nullité* de votre adhésion. Les cotisations antérieurement versées restent acquises à l'Assureur*,
 - soit une règle proportionnelle qui diminuera vos garanties.

MODIFICATIONS DES GARANTIES

- 504 Les modifications de garanties sont possibles à tout moment dans la limite du capital maximum autorisé (article 201 de la Notice d'information*). La demande sera à transmettre auprès de Cbp France* - CS 20008 – 44 967 Nantes Cedex 9.
- L'augmentation du montant de la garantie « Capital Décès Accident/Maladie » est soumis aux mêmes formalités d'acceptation que lors de l'adhésion et prend effet après acceptation par l'Assureur*.
- Dans la mesure où l'Assureur* aura accepté de donner suite à la demande d'augmentation à des conditions spécifiques de tarification, ces conditions s'appliqueront à la totalité du capital nouvellement garanti. La date d'effet de cette garantie supplémentaire figurera dans un avenant.
- L'adhérent* a également la possibilité de diminuer le montant des garanties dans la limite du capital minimum autorisé (article 201 de la Notice d'information*).

LA RÉSILIATION* DE VOTRE ADHÉSION

- 505 Cette adhésion peut être résiliée en cas de défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les conditions fixées à l'article 525 de la Notice d'information*, ou par lettre recommandée dans les conditions ci-dessous.
- Par l'Assureur* :**
- dans les deux premières années de l'adhésion, à partir de sa date d'effet, moyennant préavis de 2 mois ;
 - en cas de retrait d'agrément administratif de l'Assureur*.

Par l'adhérent* :

- à chaque échéance* anniversaire, moyennant un préavis de 2 mois, en adressant à Cbp France* - CS 20008 – 44 967 Nantes Cedex 9, une lettre recommandée, accompagnée éventuellement de l'accord du bénéficiaire* acceptant.

Et, spécifiquement pour la formule Homme Clé :

- à la date où l'assuré* perd la qualité d'Homme Clé de l'entreprise adhérente (cessation d'activité de l'entreprise, rupture du contrat de travail...).

- à la date du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent*, la demande de résiliation* pourra être formulée par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur.

En cas de résiliation*, l'adhésion poursuit ses effets pour le sinistre* survenu et déclaré avant la date d'effet de la résiliation*.

Les modalités de remboursement : si la résiliation* de l'adhésion intervient entre deux échéances*, la part de cotisation correspondant à la période allant de la résiliation* à la prochaine échéance* est remboursée sauf en cas de non-paiement de la cotisation.

REEVALUATION DU MONTANT DE VOS GARANTIES

- 511 À chaque échéance* anniversaire de l'adhésion, les garanties et cotisations sont réévaluées en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation y compris tabac, France entière (France métropolitaine et DOM) base 100 en 2015. L'évolution retenue de l'indice est celle constatée entre le mois de juin de l'année en cours et le mois de juin de l'année suivante.

L'adhérent* est informé, à chaque échéance*, du montant des garanties et de la cotisation réévalués.

COTISATIONS : VOS DROITS ET OBLIGATIONS

- 521 La cotisation est calculée en fonction de l'âge de l'assuré*, du montant des garanties, et des déclarations et réponses données aux questions posées lors de l'adhésion ou lors de l'avenant à l'adhésion*.

COMMENT ÉVOLUENT LES COTISATIONS ?

- 522 À chaque échéance* anniversaire de l'adhésion, les cotisations sont réévaluées en fonction de l'âge de l'assuré* et du montant du capital assuré.

LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

- 523 La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, le premier jour ouvré suivant le 4 de chaque mois. Son montant peut être fractionné semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à la demande de l'adhérent*.

L'adhérent* est informé que Cbp France* est mandaté par MMA Vie et MMA Vie Assurances Mutuelles pour recouvrer en son nom et pour son compte l'ensemble des sommes dues au titre de l'adhésion.

L'adhérent* s'engage à informer Cbp France*, sans délai, de toute modification des coordonnées bancaires figurant sur le mandat de prélèvement signé.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'adhérent*, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance* suivant la date de résiliation*.

- 524 Des frais de dossier de 15 € sont perçus sur la 1ère cotisation.
En cas de renonciation au présent contrat, les frais que l'adhérent* a payé seront conservés par l'Assureur*.

QUE SE PASSE-T-IL SI L'ADHERENT* NE PAYE PAS SA COTISATION ?

- 525 **A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance*, Cbp France* adressera à l'adhérent*, au dernier domicile connu, une lettre recommandée demandant le règlement du montant dû et qui, à défaut de paiement, entraînera la résiliation* de l'adhésion à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances.**

PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

- 531 En application du Code des assurances, ce contrat ne prévoit pas de distribution aux adhérents* d'une participation aux bénéfices.

RESILIATION OU MODIFICATION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

- 541 En cas de résiliation* d'un contrat d'assurance de groupe par l'association* ou par l'Assureur*, chaque adhésion en vigueur à cette date continuera de produire ses effets. Conformément à l'article L. 141-4 du Code des Assurances, le contrat d'assurance de groupe peut faire l'objet de modifications des garanties ou des cotisations qui s'appliqueront aux adhésions en cours. Tout projet de modification des droits et obligations des adhérents* est soumis à l'accord préalable de l'association* souscriptrice. Les adhérents* seront informés de ces modifications trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.
L'adhérent* peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SINISTRE* ?

DECLARATION DU SINISTRE*

601 Tout sinistre* doit être déclaré à l'Assureur* dès sa connaissance et au plus tard dans les 120 jours suivants la prise de connaissance du décès par les proches ou les bénéficiaires*.

La déclaration peut être faite par téléphone ou par écrit auprès de :

Cbp France* - CS 20008 – 44 967 Nantes Cedex 9
(Numéro : 0 970 82 14 41 – numéro non surtaxé)

En cas de déclaration de sinistre* par téléphone, la conversation pourra ponctuellement être enregistrée, au titre de notre programme de formation ou d'amélioration de la qualité de nos prestations de service dans le respect de vos droits à la vie privée.

A défaut de déclaration dans les délais impartis, les prestations seront dues à compter du jour de la réception des pièces justificatives par Cbp France*.

VALORISATION DÉCÈS

602 A compter de la date de connaissance du décès par l'Assureur* ou au plus tard à la date de réception du certificat de décès, le montant du capital dû au(x) bénéficiaire(s)* personne(s) physique(s) fait l'objet d'une revalorisation conformément à l'article R 132-3-1 du Code des assurances jusqu'à la réception par l'Assureur* de la totalité des pièces nécessaires au paiement du capital dû à ce(s) bénéficiaire(s)* ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances. Cette revalorisation, nette de frais de gestion, est calculée sur la base d'un taux déterminé par l'Assureur* pour chaque année civile qui ne peut être inférieur à un taux fixé par décret en Conseil d'Etat.

CAPITAUX NON RÉCLAMÉS

603 Le montant du capital dû par l'Assureur* au titre du contrat d'assurance sur la vie, qui ne fait pas l'objet d'une demande de versement du capital, est déposée 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* ou de l'échéance du contrat conformément à l'article L. 132-27-2 du Code des assurances. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

INFORMATIONS ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR :

604 Les proches ou le(s) bénéficiaire(s)* doivent fournir à l'Assureur* :

• **une déclaration, ou la confirmation de la déclaration téléphonique, écrite et signée comportant les éléments ci-dessous :**

- en cas d'accident corporel* : ses date, lieu et circonstances de survenance, ses causes et ses conséquences connues ou présumées.

- en cas de maladie* : ses nature et date de première constatation médicale et la date d'hospitalisation*, le cas échéant.

• **Pour la garantie Décès :**

- l'acte de décès ou le certificat de décès de l'assuré*,

- tout justificatif précisant la cause du décès et, s'il s'agit d'une mort non naturelle, le procès-verbal prévu par le code civil,

- toute pièce permettant de justifier la qualité et l'identité du (des) bénéficiaire(s)*,

- un Relevé d'Identité Bancaire du (des) bénéficiaire(s)*.

En cas de sinistre* sur un contrat Homme-Clé : l'extrait Kbis de l'entreprise adhérente datant de moins de 3 mois.

Les prestations* dues sont versées dans un délai maximum d'1 mois à compter de la remise de l'intégralité des pièces nécessaires au règlement.

• **Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* :**

- le certificat médical constatant l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* précisant la nature de l'accident corporel* ou de la maladie*, la date de consolidation* de l'état de santé, les lésions ou séquelles irréversibles avec leur date de première constatation médicale,

- un Relevé d'Identité Bancaire de l'assuré pour la formule Famille, ou de l'adhérent* pour les formules Homme Clé et Garanties Croisées.

Après réception de votre demande, l'Assureur* missionnera un médecin expert qui procédera à un examen afin de reconnaître l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* et le cas échéant, d'en évaluer la date de début.

Quelle que soit la garantie, l'Assureur* se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de la demande de prestations.

L'AIDE FINANCIERE

- 605 Le bénéficiaire* de l'Aide Financière doit en faire la demande auprès Cbp France*, muni de l'acte de décès ou du certificat de décès de l'assuré*, d'une copie de la pièce d'identité du bénéficiaire* (carte d'identité, passeport, livret de famille,...) et de toute pièce permettant de justifier de sa qualité.

L'EXPERTISE MÉDICALE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE*

- 606 L'Assureur* se réserve le droit, à ses frais, de faire examiner l'assuré*, par un médecin expert qu'il aura désigné afin de contrôler son état de santé. L'assuré* s'engage à se soumettre à tout examen ou expertise médicale nécessaire à l'application du contrat. **A défaut, l'assuré* perd son droit à la prestation*.**

L'assuré* doit transmettre au médecin expert, toutes les pièces qui pourraient être nécessaires à la gestion ou à l'exécution de l'adhésion.

Lors de l'expertise médicale, l'assuré* peut se faire assister à ses frais d'un médecin de son choix.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise, l'assuré* et l'Assureur* peuvent décider de s'en remettre à un médecin agissant en qualité de tiers expert qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné, aux frais de l'Assureur*, par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré*. Le président du Tribunal de Grande Instance est saisi par requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les conclusions de cette expertise s'imposeront aux parties et chacun paiera la moitié des frais et honoraires de ce médecin.

QUE SE PASSE-T-IL SI L'ASSURE* NE RESPECTE PAS SES OBLIGATIONS ?

La nullité *

- 611 Votre contrat est nul et les primes restent acquises à l'Assureur* si l'assuré* fait, en connaissance de cause, de fausses déclarations sur la nature, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre* ou en cas d'absence de contenu licite et certain ainsi que de vices de consentement.

La déchéance*

- 612 C'est la perte du droit à l'indemnité due pour le sinistre* suite au non-respect de votre part de certaines dispositions de l'adhésion.

L'assuré* est déchu de tout droit à garantie :

- si il ne déclare pas le sinistre* dans le délai prescrit, sauf cas fortuit ou de force majeure, et si l'Assureur* prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice,
- si l'assuré* refuse de se soumettre à l'expertise médicale en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* sauf opposition dûment justifiée.

Indemnité proportionnelle :

- 613 Toute omission ou fausse déclaration non intentionnelle, sauf cas fortuit ou de force majeure, qui serait préjudiciable à l'Assureur*, pourra entraîner une réduction des prestations* proportionnelle au préjudice subi par l'Assureur*.

AUTRES DISPOSITIONS

DROIT DE RENONCIATION

701 En application de l'article L. 132-5-1 du Code des Assurances, l'adhérent* a la faculté de renoncer à son adhésion pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du jour de signature de la demande d'adhésion. 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.

L'adhérent* doit pour cela adresser à Cbp France*, CS 20008 – 44 967 Nantes Cedex 9, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pouvant être faite selon le modèle suivant : "J'ai l'honneur de vous informer de ma décision de renoncer à l'adhésion signée le et demande le remboursement de l'intégralité des sommes versées dans les 30 jours qui suivent. Fait à , Le..... SIGNATURE"

Dans un délai de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation, l'intégralité des sommes versées (hors frais de dossier) au titre de l'adhésion est restituée à l'adhérent*.

Les conditions éventuelles de prorogation du délai de renonciation sont prévues à l'article L. 132-5-2 du Code des assurances.

La renonciation entraîne la nullité* de l'adhésion qui n'a donc jamais pris effet. Les garanties sont annulées à la date d'envoi de la lettre de renonciation.

PRESCRIPTION

702 Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire* est une personne distincte de l'adhérent*.

La prescription peut être interrompue dans les conditions prévues à l'article L. 114-2 du Code des assurances :

- soit par 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,

- soit par désignation d'un expert à la suite d'un sinistre*,

- soit par les causes ordinaires d'interruption de la prescription (exemples : la reconnaissance par l'Assureur* de votre droit à bénéficier de la garantie contestée, l'exercice d'une action en justice y compris en référé ou devant une juridiction incompétente ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée).

Dans ce cas, un nouveau délai de deux ans est accordé aux parties du contrat d'assurances.

VOTRE INFORMATION

RELATIONS CONSOMMATEURS ET MÉDIATION

801 En face à face, par téléphone, par courrier ou par courriel, en cas de difficultés dans l'application des dispositions du présent contrat :

1) Contactez Cbp France* - Service réclamations - CS 20008 – 44 967 Nantes Cedex 9 ou au numéro de téléphone suivant : 0 970 82 14 42 (numéro non surtaxé).

Votre interlocuteur est là pour vous écouter et vous apporter une réponse avec, si besoin, l'aide des services MMA concernés.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum.

Vous serez tenu informé de l'avancement de l'examen de votre situation, et recevrez une réponse.

2) Si votre mécontentement* persiste, ou si ce premier échange ne vous donne pas satisfaction, vous pourrez solliciter directement le Service Réclamations Clients :

- par mail à service.reclamations@groupe-mma.fr,

- par courrier simple à Service Réclamations Clients 14 bd Alexandre et Marie Oyon – 72030 Le Mans Cedex 9.

Le Service Réclamations Clients, après avoir réexaminé tous les éléments de votre demande, vous fera part de son analyse.

La durée cumulée du délai de traitement de votre réclamation* par Cbp France* et par le Service Réclamations Client, si vous exercez ce recours, n'excèdera pas, sauf circonstances particulières, celle fixée et révisée périodiquement par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (exemple : deux mois au 1er mai 2017).

3) En cas de désaccord avec cette analyse, ou de non réponse dans les délais impartis, vous aurez alors la possibilité de solliciter l'avis d'un Médiateur :

- par courrier simple à Médiateur FFA « la médiation de l'assurance » TSA 50 110 - 75 441 Paris Cedex 09,

- via le site Médiation de l'assurance (<http://www.mediation-assurance.org>).

Au terme de ce processus d'escalade, vous conservez naturellement l'intégralité de vos droits à agir en justice. Vous retrouverez ces informations sur www.mma.fr (rubrique « mentions légales ») et sur la plate-forme européenne <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

811 L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

821 **A qui sont transmises vos données personnelles ?**

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur* ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement. Vous trouverez les coordonnées de votre Assureur* sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à ses partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès de votre Délégué à la Protection des Données.

Pourquoi avons-nous besoin de traiter vos données personnelles ?

1. Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur* et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations* ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur

2. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et votre contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir vos données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci.

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

3. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, votre Assureur* peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, vous inscrire sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser nos coûts et protéger notre solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable vous sera notifiée.

Quelle protection particulière pour vos données de santé ?

Votre Assureur* et le Groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à votre santé aux fins de conclusion et gestion de votre contrat et/ou l'instruction et la gestion de votre sinistre*. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Vos données de santé sont nécessaires à l'assureur pour évaluer les risques. En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention de votre consentement. Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'assureur* ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de votre consentement, l'assureur* ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion de votre contrat ou l'instruction et la gestion de votre sinistre* seront impossibles. Vous pouvez exercer votre droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- MMA - Protection des données personnelles - 14, Boulevard Marie et Alexandre Oyon
72030 Le Mans Cedex 9
- protectiondesdonnees@groupe-mma.fr

Dans le cadre de votre complémentaire de santé, la base légale du traitement de vos données de santé est la protection sociale. Conformément à la législation en vigueur, votre assureur* n'exerce pas de sélection de risques à partir de vos données de santé.

Pendant combien de temps vos données personnelles sont-elles conservées ?

Les données personnelles traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat. En l'absence de conclusion d'un contrat, vos données de santé sont conservées pendant 5 ans. Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet. En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, vos données personnelles sont conservées 5 ans.

Quels sont les droits dont vous disposez ?

Vous disposez :

- d'un **droit d'accès, qui vous permet d'obtenir** :

- la confirmation que des données vous concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
- la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement vous concernant ;

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part.

- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que vous avez fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de votre utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat.

- d'un **droit d'opposition**, qui vous permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de votre Assureur* ou de ses partenaires, ou, pour des raisons tenant à votre situation particulière, de faire cesser le traitement de vos données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.

- d'un **droit de rectification** : il vous permet de faire rectifier une information vous concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il vous permet également de faire compléter des informations incomplètes vous concernant.

- d'un **droit d'effacement** : il vous permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où vos données ne seraient plus nécessaires au traitement.

- d'un **droit de limitation**, qui vous permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :

- en cas d'usage illicite de vos données ;

- si vous contestez l'exactitude de celles-ci ;

- s'il vous est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits.

- d'un droit d'obtenir une intervention humaine : votre Assureur* peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion de votre contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, vous pouvez demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre Délégué à la protection des données.

Vous pouvez exercer vos droits par courrier à l'adresse postale « MMA - Protection des données personnelles - 14, Boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans Cedex 9 » ou par email à l'adresse protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

A l'appui de votre demande d'exercice des droits, il vous sera demandé de justifier de votre identité.

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, vous ne serez pas démarché par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

Vous pouvez définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de vos données personnelles, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Comment contacter le Délégué à la Protection des Données ?

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données en écrivant à l'adresse suivante électronique : deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr, ou par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LUTTE ANTI BLANCHIMENT

831 L'adhérent* prend acte des obligations de l'Assureur* en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme résultant notamment des articles L. 561-2 et suivants du Code monétaire et financier. L'adhérent* doit fournir à l'Assureur* toutes les informations et/ou justificatifs demandés par celui-ci dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme notamment l'identité de l'adhérent* et du représentant éventuel, la profession de celui ou ceux-ci, la provenance et l'origine des fonds versés, l'objectif et la motivation de l'opération.

En absence d'informations et/ou de justificatifs suffisants, l'Assureur* se réserve le droit de refuser toute opération conformément aux dispositions du Code monétaire et financier.

RÈGLEMENTATION SEPA

841 Pour toute demande de versement par prélèvement, l'adhérent* doit transmettre un Relevé d'Identité Bancaire, ainsi qu'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé par ses soins, en vertu duquel il consent expressément au paiement des cotisations par mode de prélèvement.

Le certificat individuel d'adhésion* relatif à l'opération mentionnera la date et le montant des prélèvements, la Référence Unique du Mandat (RUM), ainsi que l'identifiant du créancier SEPA (ICS) correspondant à l'Assureur*, conformément à la réglementation en vigueur.

Par conséquent, cette information vaut notification préalable dérogatoire à l'obligation de pré-notification de 14 jours minimum avant chaque prélèvement. Dans l'hypothèse d'une modification affectant la date, le montant des prélèvements, la RUM ou l'ICS, une nouvelle information sera communiquée à l'adhérent*, par tout moyen, préalablement aux prélèvements concernés.

CONVENTION DE PREUVE

861 Quelle que soit l'opération effectuée (exemples : adhésion, modification, virement, prélèvement), l'adhérent* s'engage ainsi que l'Assureur* à reconnaître comme preuve valide de l'engagement réciproque et de l'identité des parties :

- les courriers électroniques échangés entre l'adhérent* et l'Assureur*,
- la reproduction d'informations sauvegardée par l'Assureur* sur des supports informatiques, numériques ou numérisés (y compris journaux de connexion),
- les certificats émis par les autorités compétentes, dans le respect des dispositions légales relatives à la prescription et à la conservation des données.

En cas de désaccord sur ces données, les juridictions compétentes pourront être saisies pour apprécier la portée de l'éventuelle preuve contraire.

COURRIER ÉLECTRONIQUE

871 L'adhérent* est seul garant de son adresse électronique : il lui appartient de la vérifier régulièrement et de la mettre à jour aussitôt en cas de modification.

ADHÉSION NUMÉRIQUE / CONVENTION DE PREUVE

881 En cas d'adhésion au contrat à distance par Internet ou en cas d'option pour l'adhésion numérique en cas de vente en face à face, la signature électronique de la demande d'adhésion vaut manifestation de l'accord du Candidat à l'assurance sur les conditions de son adhésion dont il a préalablement pris connaissance.

Le Candidat à l'assurance s'engage sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations effectuées de façon dématérialisée, y compris celles relatives à son état de santé.

L'Adhérent* est informé et accepte expressément que les données et les documents d'adhésion sous forme électronique, conservés par Cbp France* ou chez un hébergeur de données de santé mandaté par cette dernière et agréé au sens de l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique, lui soient opposables et puissent être admis comme preuve de son identité, de ses déclarations et de son consentement relatif à l'adhésion au présent contrat ainsi qu'à son contenu et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance. Ces données et documents font l'objet d'une signature électronique conforme aux dispositions du décret n°2001-272 du 30 mars 2001.

Lors de son adhésion numérique, le candidat à l'assurance est informé des conditions générales d'utilisation et de la politique de confidentialité.

CARACTÉRISTIQUES FISCALES

Fiscalité en vigueur au 01/01/2020 à titre indicatif sous réserve de modifications législatives ou réglementaires.

FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS

901 En cas de décès de l'assuré*, le capital versé au titre de l'assurance temporaire décès est exonéré de fiscalité. Si la dernière prime annuelle d'assurance a été versée avant les 70 ans de l'assuré*, elle est exonérée de droits de succession jusqu'à 152 500 € par bénéficiaire* tous contrats d'assurance vie et décès confondus (article 990 I du Code Général des impôts).

Au-delà de cet abattement, elle est soumise à un prélèvement forfaitaire de 20 %, puis pour la part taxable excédant 700 000 €, le cas échéant, à un prélèvement de 31,25 %.

Si les primes annuelles d'assurance versées après les 70 ans de l'assuré* excèdent 30 500 €, elles sont soumises aux droits de succession, selon le barème légal et en fonction du lien de parenté existant entre l'adhérent et le bénéficiaire, conformément à l'article 757 B du Code Général des impôts.

Cet abattement de 30 500 € s'entend pour un même assuré*, quel que soit le nombre de contrats et de bénéficiaires désignés.

Les produits* correspondants aux versements effectués à partir des 70 ans sont totalement exonérés.

Sont exonérés des dispositions des articles 990 I et 757 B du Code général des impôts, les bénéficiaires* qui ont avec l'assuré* les liens juridiques ou de parenté suivants :

- conjoint ou partenaire de PACS ;
- sous certaines conditions limitatives visées à l'article 796-0 ter du Code général des impôts, les frères et/ou sœurs domiciliés avec l'assuré*.

L'assurance temporaire décès à la différence de l'assurance vie n'est pas soumise aux prélèvements sociaux.

()Les produits peuvent être définis comme « la différence entre les sommes remboursées au bénéficiaire* et le montant des primes versées » (article 125-0 A du CGI), couramment appelés intérêts ou plus-values.*

AltaSécurité :

Notre solution de prévoyance pour assurer l'avenir de vos proches

ALTAPROFITS

COURTAGE D'ASSURANCES ET MIOBSP

Garantie Financière et Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances. ORIAS n° 07 023 588, <http://www.orias.fr>. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

PRODUITS FINANCIERS ET BANCAIRES

Conseiller en Investissements Financiers enregistré sous le n°D011735 auprès de la CNCIF - Association agréée par l'Autorité des Marchés Financiers.

Altaprofits - Société Anonyme de courtage d'assurances à directoire et conseil de surveillance au capital de 3 067 200 Euros - RCS Paris 428 671 036. Code NAF : 66222.

17 rue de la Paix - 75002 Paris www.altaprofits.com

Tél. : 01 44 77 12 14 (appel non surtaxé) –

Fax : 01 44 77 12 20.

AltaSécurité Capital Décès

Est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative n°AS-2017-01, souscrit par MMA Vie Assurances Mutuelles auprès des assureurs MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie.

Ce contrat est régi par le Code des assurances dans le cadre des opérations d'assurance de la branche 20 « Vie-Décès » (article R. 321-1 du Code des assurances), par la loi et le régime fiscal français en vigueur. Pour la gestion de l'adhésion, MMA Vie Assurances Mutuelles / MMA Vie mandatent CBP Solutions, intermédiaire en assurance.

MMA Vie Assurance Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 118. MMA Vie, société anonyme, au capital de 142 622 936 euros, RCS Le Mans 440 042 174. Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 030 Le Mans cedex 9 – Entreprises régies par le code des assurances.