

Capital Décès MMA
Contrats d'assurance de groupe
n°AS-2005-01-098 et AS-2005-01-100



Notice d'information n° Vm 712 b
(édition 01/2024)

Votre adhésion se compose des documents suivants :

- La proposition individuelle d'adhésion** dûment complétée et signée.
- Le questionnaire de santé (simplifié 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.
- 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.

| | |
|--|------|
| POUR QUE TOUT SOIT CLAIR ENTRE NOUS : LE LEXIQUE | p 4 |
| CAPITAL DÉCÈS MMA | p 7 |
| Objet de l'adhésion..... | p 7 |
| Caractéristiques de l'adhésion..... | p 7 |
| LES GARANTIES DÉCÈS | p 9 |
| La garantie Capital Décès Accident..... | p 9 |
| La garantie Capital Décès Accident/Maladie..... | p 9 |
| La garantie Capital Décès Accident Bonus..... | p 9 |
| Qui sont les bénéficiaires*? | p 9 |
| Bénéficiaire* acceptant..... | p 10 |
| Droit d'information des bénéficiaires* | p 10 |
| L'aide financière | p 10 |
| Quel est le montant de la prestation*?..... | p 10 |
| La garantie perte totale et irréversible d'autonomie*..... | p 10 |
| Ce qui n'est jamais garanti..... | p 11 |
| COMMENT FONCTIONNE VOTRE ADHÉSION? | p 13 |
| Qu'est-ce qui sert à établir ou à modifier votre adhésion?..... | p 13 |
| Réévaluation du montant de vos garanties | p 14 |
| Cotisations : vos droits et obligations..... | p 14 |
| Participation aux bénéfices..... | p 15 |
| Résiliation* ou modification d'un contrat d'assurance de groupe..... | p 15 |
| QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SINISTRE*? | p 16 |
| La déclaration du sinistre*..... | p 16 |
| QUE SE PASSE-T-IL SI L'ASSURÉ* NE RESPECTE PAS SES OBLIGATIONS? | p 18 |
| AUTRES DISPOSITIONS | p 19 |
| Droit de renonciation | p 19 |
| La prescription..... | p 19 |
| VOTRE INFORMATION | p 21 |
| Relations consommateurs et médiation..... | p 21 |
| Autorité de contrôle..... | p 21 |
| Politique de protection des données personnelles..... | p 21 |
| Dispositions relatives à la lutte anti blanchiment..... | p 23 |
| Réglementation SEPA..... | p 23 |
| Convention de preuve..... | p 24 |
| Courrier électronique..... | p 24 |
| CARACTÉRISTIQUES FISCALES | p 25 |
| Fiscalité en cas de décès..... | p 25 |

POUR QUE TOUT SOIT CLAIR ENTRE NOUS : LE LEXIQUE

Ce lexique a pour but de clarifier la lecture de votre adhésion afin d'éviter toute ambiguïté. Les mots suivis d'un astérisque sont définis au lexique.

■ **Accident corporel**

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

■ **Adhérent(e)**

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

■ **Association**

Désigne l'association à but non lucratif ASPDSP (Association Solidaire pour la Prévention et le Développement de la Santé et de la Prévoyance), souscriptrice du contrat d'assurance de groupe n° AS-2005-01-098 auprès des assureurs MMA IARD Assurances Mutuelles/MMA IARD.

Elle est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et est établie 86-90 rue Saint Lazare - 75009 Paris. Ses statuts sont disponibles sur le site www.aspdsp.org.

Il s'agit aussi de l'ANS Vie-Covéa (Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa), souscriptrice du contrat d'assurance de groupe n°AS-2005-01-100 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.

L'association et les numéros des contrats d'assurance de groupe mentionnés sur votre certificat individuel d'adhésion sont fonction des garanties que l'adhérent a choisi et que l'Assureur lui a accordées.

■ **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 144 386 938 euros entièrement versé
RCS Le Mans 440 042 174.

Sièges sociaux: 160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9.

• **Les garanties « Capital Décès Accident » et « Capital Décès Accident Bonus »** sont souscrites par l'association ASPDSP auprès de :

MMA IARD Assurances Mutuelles

Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes
RCS Le Mans 775 652 126.

MMA IARD

Société anonyme, au capital de 537 052 368 euros entièrement versé
RCS Le Mans 440 048 882.

Sièges sociaux: 160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9.

Entreprises régies par le Code des assurances.

Ces sociétés sont dénommées ensemble l'« assureur » dans la présente notice d'information.

MMA IARD a délégation pour agir au nom des autres sociétés d'assurance précitées ci-dessus.

■ **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.

■ **Certificat individuel d'adhésion**

Document que l'adhérent a signé 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.

■ **Échéance**

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

■ **Envoi recommandé électronique**

Une lettre recommandée électronique, conforme au dispositif prévu par la loi, apporte les mêmes garanties que la lettre recommandée papier. Ce dispositif impose à un tiers opérateur, chargé de l'acheminement de la lettre recommandée électronique, d'identifier l'expéditeur au moment de l'envoi, puis le destinataire de la lettre au moment de sa remise. Il impose également la délivrance à l'expéditeur d'une preuve du dépôt électronique de la lettre et permet au destinataire de l'accepter ou de la refuser ou de simplement ne pas la réclamer.

■ **Fumeur**

Désigne toute personne qui consomme actuellement ou qui a consommé au cours des 2 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 corporel ni un fait volontaire de l'assuré.

À 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 n'est pas considérée 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 aux contrats d'assurance de groupe n° AS-2005-01-098 et AS-2005-01-100, ainsi que les dispositions relatives à l'exécution de l'adhésion.

■ **Nullité**

Désigne l'annulation pure et simple de l'adhésion qui est réputée alors 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, et au plus tôt la date de déclaration du sinistre.

OBJET DE L'ADHÉSION

- 101 **CAPITAL DÉCÈS MMA** est un contrat d'assurance vie de groupe à adhésion facultative, souscrit par :
- l'association ASPDSP (Association Solidaire pour la Prévention et le Développement de la Santé et de la Prévoyance) auprès des assureurs* MMA IARD Assurances Mutuelles/MMA IARD pour le contrat n° AS-2005-01-098,
 - l'Association Nationale des Souscripteurs Vie Covéa (ANS Vie-Covéa) auprès des assureurs* MMA Vie Assurances Mutuelles/MMA Vie pour le contrat n°AS-2005-01-100.

Ces contrats sont régis par le Code des assurances dans le cadre des opérations d'assurance de la branche 20 « Vie - Décès » et des branches 1 « Accident » et 2 « Maladie » (article R 321-1 du Code des assurances) et par la loi et le régime fiscal français en vigueur.

Le produit CAPITAL DÉCÈS peut être souscrit dans le cadre :

- d'une formule « Famille »,
- d'une formule « Homme Clé »,
- d'une formule « Garanties Croisées ».

- 102 L'adhésion 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*).

Les garanties de la présente adhésion s'exercent en France Métropolitaine, départements et régions d'Outre-mer et Monaco. Elles sont étendues au monde entier pour des séjours n'excédant pas un an.

Spécificité contrat Homme Clé

- 103 Ce contrat 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 souscriptible 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'ADHÉSION

Prise d'effet de l'adhésion

- 111 L'adhésion est réputée conclue au jour de signature de la proposition 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 proposition 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 831 de la Notice 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 75^e anniversaire de l'assuré* ou l'âge de fin de garantie signalé sur le certificat individuel d'adhésion*, sauf résiliation* pour non-paiement des cotisations ou sur 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 ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*;
- pour la garantie Décès : à l'échéance* qui suit le 75^e anniversaire de l'assuré* ou à l'âge de fin de garantie signalé sur le certificat individuel d'adhésion*;
- pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* : au jour du 67^e anniversaire de l'assuré*.

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

Cotisation à l'ANS Vie-Covéa

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

Cotisation à l'ASPDSP

115 Chaque année, sur l'ensemble des frais prélevés par les assureurs* ayant conclu un contrat avec l'ASPDSP, dont MMA IARD Assurances Mutuelles/MMA IARD, 2,50 € sont reversés à cette dernière au titre de la cotisation annuelle applicable par adhérent*.

LES GARANTIES DÉCÈS

201 Les garanties choisies par l'Adhérent* sont indiquées sur le certificat individuel d'adhésion* :

- garanties de base : « Capital Décès Accident » ou « Capital Décès Accident/Maladie »,
- des garanties optionnelles : « doublement du capital décès accident » et/ou « capital décès accident bonus ».

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*.

LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ACCIDENT

211 Si, en cours d'adhésion, l'assuré* décède suite à un accident corporel* l'Assureur* verse au(x) bénéficiaire(s)* désigné(s) un capital décès. 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.

Le montant du capital est compris entre 20 000 € minimum et 80 000 € maximum par pas de 10 000 €. Le montant total des capitaux assurés est limité à 80 000 € pour un même assuré* et par adhésion. Le décès doit survenir moins de 12 mois après l'accident corporel*, et au plus tard avant la fin de l'adhésion.

LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ACCIDENT/MALADIE (DÉCÈS TOUTE CAUSE)

221 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. Le montant du capital est compris entre 20 000 € minimum et 8 000 000 € maximum par pas de 10 000 €. Le montant total des capitaux assurés est limité à 8 000 000 € pour un même assuré* et par adhésion.

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 de l'analyse éventuelle des formalités médicales contractuelles.

L'option doublement Capital Décès Accident

222 Cette option proposée en complément de la garantie « Capital Décès Accident/Maladie » permet le doublement du capital plafonné à 4 000 000 € 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*.

LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ACCIDENT BONUS

231 Cette garantie est optionnelle, en complément de la garantie « Capital Décès Accident » ou « Capital Décès Accident/Maladie ».

Elle est valable 2 ans à partir de sa date d'effet déterminée dans le certificat individuel d'adhésion*. Elle s'applique, en cas de décès, dans les mêmes conditions que la garantie « Capital Décès Accident » et permet d'obtenir un capital complémentaire de 1 500 €.

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES* ?

241 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*.

À défaut de stipulation contraire, les bénéficiaires en cas de décès de l'assuré sont les héritiers de l'assuré. Si l'adhérent ne souhaite pas désigner de bénéficiaire, il conviendra de le demander expressément. Dans ce dernier cas, les capitaux versés en cas de décès feront partie de la succession de l'assuré.

BÉNÉFICIAIRE* ACCEPTANT

251 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 BÉNÉFICIAIRES*

261 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 Lefèbre - 75431 Paris Cedex 9 ou sur le site www.formulaireassvie.agira.asso.fr.

L'AIDE FINANCIÈRE

271 Au décès de l'assuré*, sans attendre la libération de la garantie « Capital Décès Accident » ou « Capital Décès Accident/Maladie », l'Assureur* peut verser une Aide Financière de 3000 € 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 de partenaire de PACS.

L'Aide Financière est versée même si le règlement de la garantie « Capital Décès Accident » ou « 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. À réception des éléments définitifs du dossier, si la garantie Capital Décès 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 » ou « Capital Décès Accident/Maladie ».

QUEL EST LE MONTANT DE LA PRESTATION* ?

281 Le montant versé au titre des garanties « Capital Décès Accident » ou « 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 » et « Capital Décès Accident/Maladie », cependant l'assuré* ne peut pas bénéficier de l'Aide Financière.

Comment est reconnue la Perte Totale et Irréversible 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 PAS GARANTI

401 Exclusions liées à la notion d'accident corporel* :

Ne sont pas considérés comme accident corporel* : le suicide, toute affection vasculaire et/ou circulatoire (par exemple : accident cérébral, accident cardiaque, accident vasculaire cérébral ...), et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.

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 conscient ou inconscient 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 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 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 ;
- 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 réglementées, 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 ADHÉSION ?

QU'EST-CE QUI SERT À 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 pour un montant de souscription inférieur ou égal à 80 000 € ;
- soit à un questionnaire de santé complet pour un montant de souscription supérieur à 80 000 €.

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 garantie ou bien l'accepter à des conditions spécifiques de tarification qui figureront dans le certificat individuel d'adhésion*.

L'Assureur* peut refuser la demande d'adhésion si l'assuré* n'est pas éligible à l'ensemble des garanties (décès et Perte totale et irréversible d'autonomie*).

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

Changement en cours d'adhésion

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

À 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 l'Assureur* dans les plus brefs délais afin de faciliter la gestion de l'adhésion. À 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 concernant l'assuré*, notamment en cas de :

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

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.

L'augmentation du montant de la garantie « Capital Décès Accident/Maladie » ou le passage de la garantie « Capital Décès Accident » à la garantie « Capital Décès Accident/Maladie » sont soumis aux mêmes formalités d'acceptation que lors de l'adhésion et ne prennent effet qu'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 fraction de capital nouvellement garantie. 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.

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 au paragraphe « Le paiement de votre cotisation », ou par lettre recommandée dans les conditions ci-dessous.

Par l'Assureur* :

- dans les 2 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 préavis de 2 mois, en adressant une lettre recommandée, accompagnée éventuellement de l'accord du bénéficiaire* acceptant ;
- 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...).

Dans le cadre « Homme Clé », par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur si l'adhérent* fait l'objet d'un jugement de redressement ou de liquidation judiciaire.

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 2 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.

RÉÉVALUATION DU MONTANT DE VOS GARANTIES

511 À chaque échéance anniversaire* de l'adhésion, les garanties et cotisations sont réévaluées.

La réévaluation correspond à la moyenne des trois dernières évolutions du plafond annuel de la Sécurité sociale, connues au 1^{er} juin précédant l'échéance anniversaire de l'adhésion.

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

Cette réévaluation ne s'applique pas sur la garantie « Capital Décès Accident Bonus ».

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*, et de la périodicité du paiement choisie.

L'adhérent* est informé que la société MMA IARD est mandatée par MMA IARD Assurances Mutuelles, MMA Vie et MMA Vie Assurances Mutuelles pour recouvrer en son nom et pour son compte l'ensemble des sommes dues au titre de la présente 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.

- au siège social de l'Assureur*,
- ou chez l'interlocuteur habituel désigné sur le certificat individuel d'adhésion*.

Son montant peut être fractionné semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à la demande de l'adhérent*.

Si l'adhérent* a opté pour un règlement de la cotisation par prélèvements bancaires, il s'engage à informer l'Assureur*, sans délai, de toute modification des coordonnées bancaires figurant sur le mandat de prélèvement signé. **En cas de non-respect de ces engagements, il pourra être mis fin aux prélèvements.**

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 sont perçus sur la 1^{re} cotisation, en fonction du montant de celle-ci :

- 5 € si la cotisation annuelle est inférieure ou égale à 60 € ;
- 10 € si la cotisation annuelle est supérieure à 60 € et inférieure ou égale à 120 € ;
- 15 € si la cotisation annuelle est supérieure à 120 €.

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'adhérent* ne paye pas sa cotisation ?

525 À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance*, l'Assureur* adresse 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.

RÉSILIATION* 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 3 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* ?

LA DÉCLARATION 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 l'interlocuteur habituel désigné sur le certificat individuel d'adhésion*.

En cas de déclaration de sinistre* par téléphone, la conversation avec nos télé-acteurs 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.

Valorisation décès

602 À 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'État.

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 10 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 : 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 financière

605 Le bénéficiaire* de l'Aide Financière doit en faire la demande auprès de l'interlocuteur habituel, muni 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. À 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 judiciaire du domicile de l'assuré*.

Le président du Tribunal judiciaire est saisi par requête signée des 2 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'ASSURÉ* 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, le défaut de contenu licite et certain ainsi que les vices du 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 :

- s'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 30 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature de la proposition d'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 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 au siège social de l'Assureur*, 160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9, une lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique* à l'adresse électronique suivante « recommandes@groupe-mma.fr », 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 30 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.

LA PRESCRIPTION

711 Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de ce contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Cette durée est portée à dix ans quand le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.

La prescription est interrompue dans les conditions prévues par l'article L 114-2 du même Code et, notamment, par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressé à l'Assureur par le bénéficiaire ou l'adhérent, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances qui renvoient aux articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-après :

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 :

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droits de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L 114-2 du Code des assurances :

« 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L 114-3 du Code des assurances :

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

Les causes ordinaires de la prescription sont :

Article 2240 du Code civil :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil :

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même 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. »

Article 2242 du Code civil :

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil :

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil :

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

RELATIONS CONSOMMATEURS ET MÉDIATION

801 Nous sommes à votre écoute en face à face, par téléphone, par courrier ou par courriel, et mettons tout en œuvre pour vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si votre réclamation est formulée à l'oral et que vous n'obtenez pas entière satisfaction, vous serez invité à la formaliser sur un support écrit auprès des interlocuteurs désignés ci-dessous.

N'hésitez pas à contacter :

- votre conseiller ou votre interlocuteur habituel ;
- ou directement le Service Réclamations Clients MMA :
 - par mail à service.reclamations@groupe-mma.fr,
 - par courrier simple à Service Réclamations Clients 160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum, à compter de la date d'envoi de votre réclamation écrite sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai.

Nous nous engageons à vous apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de l'envoi de votre réclamation écrite.

En tout état de cause, 2 mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, que nous y ayons ou non répondu, vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'assurance :

- sur le site <http://www.mediation-assurance.org>. Vous disposez d'un formulaire en ligne « Je saisis le médiateur » ;
- par courrier, à l'adresse suivante : La Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance.

Dans tous les cas, vous conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

821 À 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
160 rue Henri Champion - 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 - 160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9 ou par e-mail à l'adresse protectiondesdonnees@groupe-mma.fr.

À 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 À 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.

RÉGLEMENTATION 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* ou l'avenant relatif à l'opération mentionnera, outre 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

851 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

861 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.

CARACTÉRISTIQUES FISCALES

Fiscalité en vigueur au 01/11/2023 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 du contrat d'assurance vie 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 taxation jusqu'à 152 500 € par bénéficiaire tous contrats d'assurance vie et Plans d'Épargne Retraite* (PER) confondus.

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

Si les primes annuelles d'assurance versées à compter du 70^e anniversaire de l'assuré excèdent 30 500 €, elles sont soumises aux droits de succession, en fonction du lien de parenté existant entre l'adhérent et le bénéficiaire conformément à l'article 757B du Code général des impôts.

Cet abattement de 30 500 € est commun aux bénéficiaires taxables et prend en compte, l'ensemble des primes versées à compter du 70^e anniversaire de l'assuré tous contrats d'assurance vie confondus et l'intégralité des capitaux décès issus de Plans d'Épargne Retraite (PER) si le décès intervient après le 70^e anniversaire de l'assuré.

Sont exonérés des dispositions des articles 990I et 757B 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.

* Sous conditions, conformément aux dispositions de l'article 990 I du Code général des impôts.



MMA IARD Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 126. **MMA IARD**, société anonyme au capital de 537 052 368 euros entièrement versé, RCS Le Mans 440 048 882. **MMA Vie Assurances Mutuelles**, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775 652 118. **MMA Vie**, société anonyme au capital de 144 386 938 euros entièrement versé, RCS Le Mans 440 042 174. Sièges sociaux : 160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9. Entreprises régies par le Code des assurances. www.mma.fr - IDU REP Eco circulaire - FR231780_03XLOT



VN712 b - (01/2024) - Imp MMA Le Mans