

NOTE D'INFORMATION

Contrat d'assurance sur la vie

PRÉVINDI

PRÉVOYANCE - DÉCÈS

AFi·ESCA 
Groupe Burrus

PRÉVINDI

PRÉVOYANCE - DÉCÈS

L'ASSURANCE PRÉVOYANCE - DÉCÈS...
Consacrez-vous à l'essentiel en gardant l'esprit libre.

UNE PROTECTION SUR-MESURE :



PROTECTION FAMILIALE

Objectif : Couvrir ses proches, améliorer ses garanties de prévoyance, prévoir ses droits de succession.

le souscripteur : l'assuré

le bénéficiaire : les ayants droit

le capital : à évaluer selon le besoin de protection



PROTECTION "HOMME-CLÉ"

Objectif : Permettre le versement d'un capital à une entreprise afin de faire face au préjudice financier qu'entraînerait la disparition soit du dirigeant, soit d'un collaborateur jouant un rôle déterminant.

le souscripteur : l'entreprise

l'assuré : l'homme-clé

le bénéficiaire : l'entreprise

le capital : à évaluer selon le manque à gagner pour l'entreprise

Les primes versées viennent en déduction du résultat imposable de l'exercice en cours.

Les capitaux versés sont considérés comme résultat exceptionnel et sont incorporés au bénéfice imposable de l'entreprise.



PROTECTION "GARANTIE ENTRE ASSOCIÉS"

Objectif : Permettre au(x) coassocié(s) de racheter les parts d'un associé décédé à ses ayants droit.

le souscripteur : chaque associé

l'assuré : le souscripteur

le bénéficiaire : le(s) coassocié(s) proportionnellement à leurs droits dans la société

le capital : la valeur des parts de l'associé assuré

Les primes sont prises en charge par chaque associé, elles ne sont pas déductibles fiscalement pour la société, mais le capital versé en cas de sinistre entre dans le cadre de l'exonération des droits de succession de l'assuré.

Votre intermédiaire d'assurance reste votre interlocuteur privilégié. Toutefois, en cas d'indisponibilité, vous avez la possibilité de nous contacter à : AFI ESCA – Service Clients – 4, square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

PRÉVINDI

PRÉVOYANCE - DÉCÈS

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES

Primes garanties pendant toute la durée du contrat.

■
Une souscription de 18 à 70 ans.

■
Une couverture décès possible jusqu'à 85 ans.

■
Deux garanties facultatives :

- Invalidité Permanente Totale
- Décès accidentel

GLOSSAIRE

Accident : Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Affection ou Pathologie : Toute altération de la santé, quelle qu'en soit l'origine, constatée par une autorité médicale compétente.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur.

Assureur : AFI ESCA

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur.

Date de consolidation : Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme stabilisé, non susceptible d'amélioration.

DROM (Départements et régions d'outre-mer) : la Guyane française, la Guadeloupe, la Martinique, Mayotte et la Réunion.

France métropolitaine : Ensemble constitué par le territoire continental de la France, et par les îles françaises proches, de la Manche, de l'Océan Atlantique et de la Méditerranée (dont la Corse). Par extension, les principautés de Monaco et d'Andorre seront considérées, dans le présent contrat, comme faisant partie de la France métropolitaine.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) :

L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e) et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 7.3.1.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas pour origine un Accident.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est reconnu, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant lui procurer gain ou profit, son état le mettant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie courante (se déplacer, se laver, se vêtir, se nourrir).

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque garanti.

Pour les garanties P.T.I.A. et I.P.T., la date de réalisation du risque correspond à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A ou d'I.P.T.

Souscripteur : Personne physique ou morale qui accepte les termes du contrat et paie les primes. L'Assuré et le Souscripteur peuvent être la même personne.

ARTICLE 1 OBJET DE L'ASSURANCE

PRÉVINDI est un contrat individuel d'assurance sur la vie, destiné à la prévoyance familiale, à la protection de l'entreprise (Homme-clé) et à la protection des associés (garantie entre associés).

1.1. - Les garanties

Le contrat PRÉVINDI comporte une garantie obligatoire : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Deux garanties complémentaires sont également proposées :

- l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- le Décès Accidentel.

Les combinaisons suivantes sont donc proposées à la souscription :

- (a) Décès - P.T.I.A.
- (b) Décès
- (c) Décès - P.T.I.A. - I.P.T.
- (d) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - Décès Accidentel

Concernant la combinaison d), celle-ci n'est proposée que dans le cadre d'une prévoyance personnelle.

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties et options mentionnées aux Conditions particulières.

1.2. - Documents contractuels

Le contrat est constitué :

- des Conditions générales et des Conditions particulières adressées par AFI ESCA au Souscripteur, précisant les engagements de chacune des parties et reprenant les éléments figurant sur la Proposition d'assurance,
- de la Note d'information.

ARTICLE 2 BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

2.1. - Bénéficiaire des prestations versées en cas de décès (garanties Décès, Décès Accidentel)

Le Souscripteur désigne, dans la Proposition d'assurance, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès, au titre de la garantie obligatoire en cas de décès, et de la garantie Décès Accidentel.

À défaut d'acceptation par le Bénéficiaire, le Souscripteur peut modifier à tout moment cette désignation.

Cette substitution ne peut cependant être opérée qu'avec l'accord de l'Assuré, lorsque celui-ci n'est pas le Souscripteur. Elle peut être réalisée soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.

2.2. - Bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès

Dans le cadre de la prévoyance personnelle, le Bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès est l'Assuré.

Dans le cadre de la protection de l'entreprise ou de celle des associés, le Bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès est le même Bénéficiaire que celui désigné en cas de décès.

ARTICLE 3 ADMISSION À L'ASSURANCE

3.1. - Âge et capacité de l'Assuré à la souscription

Pour être admise à la garantie obligatoire en cas de décès, la personne à assurer doit être âgée de moins de 85 ans.

Pour être admise à la garantie P.T.I.A., la personne à assurer doit être âgée de moins de 70 ans.

Pour être admise aux garanties I.P.T., Décès Accidentel, la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans.

Conformément aux dispositions du Code des assurances, une personne sous tutelle ne peut souscrire ce contrat.

3.2. - Conditions de résidence du Souscripteur

Le Souscripteur, même s'il a également la qualité d'Assuré, doit impérativement résider (ou avoir son siège social, s'il s'agit d'une personne morale), en France métropolitaine ou dans les DOM.

L'Assureur se réserve néanmoins la possibilité d'accepter des dossiers ne remplissant pas le critère indiqué ci-dessus, après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions particulières.

ARTICLE

4

MODALITÉS DE SOUSCRIPTION – DÉCLARATION ET ACCEPTATION DU RISQUE

Après avoir reçu et pris connaissance de la Note d'information, le Souscripteur remplit et signe la Proposition d'assurance, et joint à celle-ci :

- le règlement de la première prime à l'ordre de l'Assureur ou le mandat de prélèvement accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal d'un compte ouvert à son nom.
- une copie d'un justificatif d'identité en cours de validité.

La personne à assurer, si elle est différente du Souscripteur, signe également la Proposition d'assurance.

La personne à assurer est tenue de répondre à des questions relatives à sa situation personnelle (activité professionnelle, sports pratiqués, séjours à l'étranger, etc...), de se soumettre à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de la souscription, et de fournir tout document que l'Assureur jugerait nécessaire à l'étude du dossier.

Les examens médicaux doivent être réalisés en France ou dans les DROM ; les résultats d'examens doivent être rédigés en français ; les frais occasionnés sont remboursés, selon le barème prévu au tableau des formalités en vigueur, sauf si la demande de souscription est classée sans suite pour un motif autre que le refus ou l'acceptation sous conditions, de la part d'AFI ESCA.

Au vu de ces éléments, l'Assureur peut accepter ou refuser le risque proposé, ou l'accepter moyennant surprime et/ou exclusion de certaines garanties ou de certains risques.

Si l'Assureur accepte le risque, il établit et envoie au Souscripteur des Conditions particulières précisant les garanties accordées le montant du capital assuré, la date d'effet et le terme du contrat, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation, ainsi que les bénéficiaires désignés.

S'il refuse le risque, l'Assureur en informe l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception et rembourse les sommes versées à la souscription.

Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime(s) et/ou exclusion(s) médicale(s), l'Assuré doit donner son accord sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée aux Conditions Particulières ne sera pas pris en charge (sauf application éventuelle de la garantie « couverture accidentelle immédiate » décrite à l'article 6.

L'ensemble des déclarations effectuées par le Souscripteur et l'Assuré servent de base au contrat, permettent à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir, et de fixer en conséquence les conditions de garantie et la prime adaptée.

Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur, ce qui dispense l'Assuré de déclarer toute modification relative à son activité professionnelle et à ses habitudes de vie (tabac, activités sportives, déplacements à l'étranger), sauf dans le but de lever une éventuelle exclusion.

Le Souscripteur est en revanche tenu d'informer l'Assureur dans le cas où il fixerait son domicile hors de France métropolitaine ou des DROM. Dans ce cas, l'Assureur se réserve la possibilité de résilier les garanties I.P.T. et Décès Accidentel.

Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration du risque à la souscription, pourra entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances, ou celles prévues à l'article L 132-26 du même code, en cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré.

Il est précisé, lorsque le service sera mis à disposition, que les formalités de souscription pourront être accomplies en ligne. Dans ce cas, le questionnaire de risque, les conditions d'acceptation et la Proposition d'assurance seront signés par voie électronique, et les documents d'information précontractuelle ainsi que les Conditions particulières seront mis à disposition de la personne à assurer et du Souscripteur, s'il est différent, sur leur espace personnel.

ARTICLE

5

DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT – PRISE D'EFFET DES GARANTIES – DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est considéré comme conclu :

- soit à la date de réception par le Souscripteur des Conditions particulières si le contrat est accepté par l'Assureur sans surprime ni exclusions médicales,
- soit à la date où l'Assuré donne son accord sur les conditions spécifiques qui lui sont proposées, sous réserve de la réception des pièces nécessaires à l'émission des Conditions particulières.

Les Conditions particulières sont présumées avoir été reçues 7 jours calendaires après leur envoi par l'Assureur.

La date de conclusion du contrat constitue le point de départ du délai de renonciation (voir article 19).

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,
 - de l'encaissement effectif de la première prime,
- les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions particulières.**

Le contrat est conclu pour toute la durée indiquée aux Conditions particulières ou au dernier avenant et cesse dans les conditions prévues à l'article 10.

ARTICLE 6 COUVERTURE ACCIDENTELLE IMMÉDIATE

Pendant la période d'accomplissement des formalités de souscription, l'Assuré est garanti contre le risque Décès par accident pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 300 000 (trois cent mille) euros, sous réserve qu'il ait adressé à l'Assureur la proposition d'assurance dûment complétée et signée, ainsi que l'ensemble des pièces nécessaires au prélèvement automatique.**

Cette garantie prend effet à la date de signature de la proposition d'assurance, et cesse à la première des dates suivantes :

- soit à la date où le contrat est réputé conclu, telle que définie à l'article 5,
- soit à la date de réception par l'Assuré du courrier recommandé de l'Assureur notifiant le refus de toute garantie,
- soit à l'expiration d'un délai de 15 jours calendaires, suivant l'envoi par l'Assureur à la personne à assurer, d'un courrier de demande d'informations complémentaires resté sans réponse.
- soit à l'expiration d'un délai de 60 jours calendaires.

NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des accidents.

ARTICLE 7 PRESTATIONS

Le montant des prestations dues par l'Assureur est calculé à la date de réalisation du risque (cf Glossaire, définition du mot « sinistre »). Le capital versé ne peut excéder le montant du capital assuré à la date anniversaire du contrat précédant la date de réalisation du risque, tel qu'indiqué dans le tableau intégré aux Conditions particulières.

7.1. - Garantie obligatoire Décès – P.T.I.A.

En cas de Décès ou de P.T.I.A. de l'Assuré, le montant du capital versé au(x) Bénéficiaire(s) est égal :

- au capital assuré indiqué aux Conditions particulières si le Souscripteur a opté pour un capital constant.
- au montant du capital assuré à la date anniversaire du contrat précédant la date de réalisation du risque, tel qu'indiqué dans le tableau intégré aux Conditions particulières, si le Souscripteur a opté pour un capital dégressif.

7.2. - Garantie Décès Accidentel

Le montant du capital supplémentaire versé au(x) bénéficiaire(s) est égal à celui versé dans le cadre de la garantie obligatoire, à condition que le décès survienne dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des accidents.

7.3. - Garantie I.P.T.

En cas d'I.P.T., Le montant du capital versé à l'Assuré est égal :

- au capital assuré, indiqué aux Conditions particulières si le Souscripteur a opté pour un capital constant.
- au montant du capital assuré à la date anniversaire du contrat précédant la date de réalisation du risque, tel qu'indiqué dans le tableau intégré aux Conditions particulières, si le Souscripteur a opté pour un capital dégressif.

7.3.1 - Définition du taux contractuel d'invalidité

Le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit à la prestation lié à la garantie I.P.T. est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Ces taux sont appréciés par le Médecin Conseil de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'Assureur conformément au tableau ci-après.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des possibilités restantes d'exercice de cette profession et des possibilités de reclassement et d'exercice d'une autre activité professionnelle quelconque susceptible de procurer gain ou profit à l'Assuré.

Le tableau figurant ci-dessous indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

IP \ IF	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %				29 %	33 %	36 %	40 %	43 %	46 %
20 %			32 %	37 %	42 %	46 %	50 %	55 %	58 %
30 %		30 %	36 %	42 %	48 %	53 %	58 %	62 %	67 %
40 %	25 %	33 %	40 %	46 %	52 %	58 %	64 %	69 %	74 %
50 %	27 %	36 %	43 %	50 %	56 %	63 %	68 %	74 %	79 %
60 %	29 %	38 %	46 %	53 %	60 %	66 %	73 %	79 %	84 %
70 %	30 %	40 %	48 %	56 %	63 %	70 %	77 %	83 %	89 %
80 %	32 %	42 %	50 %	58 %	66 %	73 %	80 %	87 %	93 %
90 %	33 %	43 %	52 %	61 %	69 %	76 %	83 %	90 %	97 %
100 %	34 %	45 %	54 %	63 %	71 %	79 %	86 %	93 %	100 %

IF = Taux d'incapacité fonctionnelle / IP = Taux d'incapacité professionnelle

ARTICLE 8 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont assurées dans le monde entier, y compris dans le cadre de déplacements à titre personnel, professionnel ou humanitaire, dans les limites fixées par l'article 11.

ARTICLE 9 MODIFICATION DES GARANTIES

Le Souscripteur peut demander, à tout moment, une augmentation ou une diminution des garanties.

L'accord écrit du Bénéficiaire est indispensable s'il a accepté le bénéfice du contrat, en cas de diminution des garanties.

L'accord de l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur, l'est également, en cas d'augmentation de garantie.

Avant d'accorder toute augmentation de garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander les informations prévues à l'article 4.

Dans tous les cas, et sous réserve du paiement effectif de la prime y afférente, un avenant prenant acte des modifications sera établi.

La régularisation de l'avenant ne conditionne pas la prise d'effet des modifications.

ARTICLE 10 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite personne morale,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - pour la garantie Décès, au 90^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour la garantie P.T.I.A., au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour les garanties I.P.T. et Décès accidentel, au jour de la cessation définitive d'activité professionnelle, au départ en retraite, à la mise en retraite / préretraite (sauf pour raisons médicales), et, au plus tard, au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré
- en cas de cessation du paiement des primes conformément aux dispositions du Code des assurances,
- le jour où le contrat est résilié,
- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des assurances),
- en cas de résiliation du contrat suite à l'utilisation de pièces falsifiées ou tout autre type de fraude ou tentative de fraude,
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, P.T.I.A. ou d'I.P.T.

ARTICLE 11 EXCLUSIONS

11.1. - Exclusions communes à toutes les garanties

Aucune garantie n'est due lorsque le sinistre est la conséquence des faits suivants:

- suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance,
- fait volontaire du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,
- accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions, démonstrations acrobatiques, tentatives de records,
- guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, mouvements populaires, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme, attentats, mouvements de grève, complots, actes de sabotage, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires et les policiers, dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- effets directs ou indirects d'explosions ou de dégagements de chaleur, d'inhalations, quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome. Ces effets sont toutefois pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un dysfonctionnement d'instruments médicaux ou d'une mauvaise manœuvre dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient,
- accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé par les textes français régissant la circulation automobile (ou par le droit en vigueur dans le pays de résidence ou de séjour, applicable au moment de la survenance de l'évènement à l'origine du sinistre) et/ou sous l'empire de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi française, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites,
- usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi française, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.

11.2. - Exclusions concernant les garanties I.P.T.

Outre les exclusions mentionnées à l'article 11.1, les exclusions ci-après s'appliquent à la garantie I.P.T.

- Accidents, maladies, invalidités et infirmités :
 - résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,
 - résultant de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti.
- Conséquences d'une tentative de suicide.

ARTICLE 12 FORMALITÉS

Les sommes dues au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sont payables dans les 30 jours après la remise au Service Clients de l'Assureur – 4 Square Dutilleul – 59042 Lille Cedex, dans les délais requis, des pièces justificatives énumérées ci-après.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

En cas d'utilisation de pièces falsifiées ou tout autre type de fraude ou tentative de fraude, aucune prestation ne sera due.

Le contrat sera alors résilié de plein droit.

12.1. - En cas de Décès

Le(s) Bénéficiaire(s) ou les ayants droit de l'Assuré doivent transmettre au Médecin Conseil de l'Assureur dès qu'ils ont connaissance du Décès de l'Assuré :

- une copie intégrale de l'acte de Décès de l'Assuré,
- le formulaire de déclaration « Décès » fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident ou de mort non naturelle, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci ou celle-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de Police ou de Gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal.
- en cas de décès à l'étranger, un certificat de décès établi par la représentation du pays de nationalité de l'Assuré (consulat ou ambassade) dans le pays concerné,
- en cas de décès d'un Assuré survenu dans le pays dont il est ressortissant, un certificat de décès établi par toute autorité du pays concerné habilitée à délivrer des actes d'état civil,
- la ou les « fiche(s) connaissance Bénéficiaire » (personne morale ou physique) complétée(s) et signée(s) par le ou les bénéficiaires.

L'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner le paiement des prestations contractuellement prévues à la remise de l'ensemble des pièces requises, par toute personne s'en prévalant (Bénéficiaire(s) ou ayants droit).

Le refus de ces derniers de fournir les documents réclamés par l'Assureur sera considéré comme une renonciation au bénéfice de l'assurance.

12.2. - En cas de P.T.I.A., d'I.P.T.

Dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de consolidation de son état de P.T.I.A. ou d'I.P.T., l'Assuré ou son mandataire dûment habilité doit remettre au Médecin Conseil de l'Assureur :

- le formulaire de déclaration «Invalidité» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale, ou par le régime équivalent, pour les assurés non assujettis à la Sécurité Sociale,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de Police ou de Gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,

Au vu de ces pièces, le Médecin Conseil de l'Assureur statuera sur l'état d'invalidité de l'Assuré, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur.

En cas de déclaration tardive, si l'Assureur justifie d'un préjudice lié à l'impossibilité de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, **la date de reconnaissance de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T. sera fixée au jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.**

ARTICLE 13 CALCUL DES PRIMES

13.1. - Tarification

La tarification est effectuée à partir des informations figurant sur la proposition d'assurance, et indiquée sur les Conditions particulières ou ses avenants éventuels.

Elle tient compte notamment:

- de l'âge atteint par l'Assuré, calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance,
- de la nature des garanties souscrites,
- du caractère constant ou dégressif du capital assuré.

13.2. - Montant et fractionnement des primes

Le Souscripteur a le choix entre des primes :

- variables : dont le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital garanti
- constantes : dont le montant restera fixe pendant toute la durée du contrat.

Le choix, effectué à la souscription, est irrévocable jusqu'au terme du contrat.

Les primes peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

Le fractionnement ne donne lieu à aucuns frais supplémentaires.

NOTE D'INFORMATION

ARTICLE 14 FRAIS DIVERS

Le Souscripteur doit acquitter, à la souscription, des frais de dossier d'un montant précisé sur la proposition d'assurance. L'émission d'un avenant lié à une augmentation ou à une modification des garanties (sauf cas de cessation des garanties énumérées à l'article 11) occasionne des frais d'un montant de 15 €, à régler par le Souscripteur.

ARTICLE 15 DÉFAUT DE PAIEMENT

À défaut de paiement d'une prime ou fraction de prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son dû. Cette lettre recommandée indique, conformément aux dispositions du Code des assurances, que **si 40 jours après son envoi, l'arriéré de primes n'est pas régularisé, le contrat sera résilié.**

Le Bénéficiaire, s'il a accepté le bénéfice du contrat, est simultanément avisé du non-paiement de la prime.

ARTICLE 16 RÉSILIATION

À tout moment, le Souscripteur peut résilier son contrat en adressant, au Service Clients d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul, 59042 Lille Cedex ou par le biais du site internet d'AFI ESCA (rubrique : contact - résiliation), sa demande accompagnée de la copie recto verso d'une pièce d'identité.

L'Assureur devra confirmer la réception de la demande.

Les garanties prendront fin à la date demandée par le Souscripteur, et au plus tôt, à la date d'envoi de la demande de résiliation du Souscripteur.

L'accord préalable du Bénéficiaire est indispensable s'il a accepté le bénéfice du contrat.

ARTICLE 17 LANGUE – LOI APPLICABLE – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le contrat sont régis par le droit français. **Tous documents administratifs et médicaux communiqués dans le cadre de l'instruction des sinistres seront fournis, s'ils sont rédigés en langue étrangère, dans leur langue d'origine, accompagnés de leur traduction en français.**

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Toute réclamation concernant le contrat doit être envoyée au Service Clients de l'Assureur - 4 Square Dutilleul - 59042 Lille Cedex ou formulée par le biais du site internet d'AFI ESCA (rubrique : Contact - Déposer une réclamation)

En cas de désaccord et si toutes les voies de recours amiable ont été épuisées, le réclamant peut s'adresser à la Médiation de l'Assurance (conditions d'accès disponibles sur simple demande auprès de l'Assureur).

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 18 INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR

À tout moment, le Souscripteur peut obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment le montant du capital assuré et la nouvelle prime annuelle y afférents.

ARTICLE 19 FACULTÉ DE RENONCIATION

Le Souscripteur peut renoncer au contrat et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent la date de conclusion du contrat, telle que définie à l'article 5, il adresse au Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat n° _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Signature».

ARTICLE 20

CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ – ARBITRAGE

Lorsqu'il y a mise en jeu des garanties P.T.I.A. ou I.P.T., l'Assureur se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour prendre une décision sur la demande de prise en charge.

Cette expertise sera réalisée en France auprès d'un médecin expert indépendant, ou dans le pays de résidence de l'Assuré, par un médecin expert missionné par l'Assureur.

Les frais de rapatriement de l'Assuré en France, et de déplacement du médecin expert sont à la charge de l'Assuré.

Sauf cas de force majeure, **le refus du libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la déchéance du droit aux prestations.**

À l'occasion de cette expertise, l'Assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par l'autorité médicale de son choix.

En cas de contestation, le litige est soumis à un contre-expert désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise.

Si le litige ne peut être réglé de cette manière, il est fait appel à un tiers expert agréé par les deux parties (ou en cas de désaccord de celles-ci, par le Président du Tribunal Judiciaire du Siègne de l'Assureur) qui tranche souverainement. Les frais et honoraires du tiers-expert sont partagés, mais chaque partie conserve à sa charge les frais et honoraires du médecin qui l'assiste.

ARTICLE 21

CONVENTION DE PREUVE

L'ensemble des documents transmis par le Souscripteur, et l'Assuré s'il est différent, sont numérisés dès réception par l'Assureur.

Les parties reconnaissent que les documents numérisés ont, entre elles, la même valeur probante que des originaux, et renoncent expressément à contester la recevabilité, la validité et la force probante de ces documents, du seul fait de leur forme électronique ou de leur transmission par procédé électronique.

ARTICLE 22

PRESCRIPTION

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable.

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 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.

Cette durée est portée à 10 ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Souscripteur ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 23

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : <https://www.afi-esca.com/informations/rgpd>.

L'Assureur, en sa qualité de Responsable de traitement, est amené dans le cadre de l'étude de la demande de contrat d'assurance ou de capitalisation et de l'exécution du Contrat à collecter des données personnelles relatives aux parties et autres personnes concernées par le contrat.

L'Assureur s'engage à ce titre à se conformer, et à faire respecter par ses collaborateurs et sous-traitants, la législation afférente en vigueur, notamment la loi 78-17 modifiée.

Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi que le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires.

Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables.

Les parties et autres personnes concernées par le contrat bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement relatif aux données les concernant ainsi qu'un droit à la portabilité, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. S'agissant des données collectées exclusivement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE 24 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de ses obligations visant à lutter contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, l'Assureur peut être amené à interroger les intervenants au contrat (Souscripteur, Assuré, Bénéficiaire, payeurs,...) pour obtenir des informations ou documents complémentaires, au moment de la souscription, en cas de sinistre, mais également en cas de renonciation et de résiliation anticipée du contrat.

ARTICLE 25 IMPÔTS ET TAXES

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge du Souscripteur.

Il est rappelé que depuis le 1er janvier 2016, les organismes d'assurance sont tenus de recenser un certain nombre d'informations dans un fichier dénommé FICOVIE.

La responsabilité d'AFI ESCA ne pourra être recherchée du fait de la communication à l'Administration fiscale des éléments requis par la réglementation.

Le Souscripteur est invité à consulter l'intermédiaire d'assurance auprès duquel il a souscrit le contrat pour toute information complémentaire liée à sa situation particulière.

25.1 Fiscalité applicable aux souscriptions de prévoyance « Homme-clé »

Les primes réglées peuvent être déduites du bénéfice imposable de l'entreprise l'année de leur règlement au titre des charges d'exploitation.

En cas de décès, le capital versé est imposable en tant que profit exceptionnel avec possibilité d'étalement sur 5 ans par parts égales sur l'année de sa réalisation et sur les quatre années suivantes.

25.2 Fiscalité applicable aux souscriptions autres que celles de prévoyance « Homme-clé »

En cas de décès, le capital versé est exonéré de droits de succession. Seules les primes réglées peuvent, le cas échéant, entrer dans l'assiette taxable et être soumises à imposition (articles 990 I ou 757 B du Code Général des Impôts).

PRÉVINDI

Images : Freepik



www.afi-esca.com

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517.
Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.**

2000-03 PRÉVINDI_NI_1220