

Pour les adhésions à effet du 1^{er} janvier 2023

NOTICE D'INFORMATION

Prévoyance Plus



Rente Longue Maladie Invalidité | Capital décès toutes causes

Rente de conjoint | Rente des enfants

Notice d'information
valant conditions générales

 **MAPA**
L'assureur dédié aux
professionnels de l'alimentaire



Mutuelle d'Assurance
de la Boulangerie

DE QUELS DOCUMENTS EST CONSTITUÉE VOTRE ADHÉSION ?

Votre adhésion au contrat, qui concrétise nos engagements réciproques, est constituée de :

- l'étude personnalisée ;
- la notice d'information valant conditions générales ;
- le certificat d'adhésion fixant les conditions particulières de votre adhésion.

Votre adhésion au contrat Prévoyance Plus, est régie par le Code des assurances, et notamment par les articles L. 141-1 à L. 141-7 relatifs aux assurances de groupe, et, selon votre affiliation, par les dispositions des contrats d'assurance de groupe :

- n° 3157 souscrit auprès de MAPA et MAPA-MAB VIE par la MAPA au profit de ses sociétaires, de leur conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin, leurs descendants ou ascendants ;
- n° 3158 souscrit auprès de la Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie et MAPA-MAB VIE par la Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie au profit de ses sociétaires, de leur conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin, leurs descendants ou ascendants ;
- n° 3159 souscrit auprès de MAPA et MAPA-MAB VIE par l'Association pour la promotion de l'entreprise individuelle (APEI) au profit des travailleurs non-salariés non agricoles sociétaires de la MAPA, et de leur conjoint-collaborateur ;
- n° 3160 souscrit auprès de la Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie et MAPA-MAB Vie par l'Association pour la protection de la boulangerie (APB) au profit des travailleurs non-salariés non agricoles sociétaires de la Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie, et de leur conjoint-collaborateur.

— SPÉCIFICITÉ LOI MADELIN - CONTRATS N° 3159 ET 3160

Le présent contrat est un contrat d'assurance de groupe sur la vie à adhésion facultative régi par les articles L. 141-1 à L. 141-7 du Code des assurances. Il a pour cadre la loi Madelin n° 94-126 du 11 février 1994 codifiée, en partie, aux articles L. 144-1 et suivants du Code des assurances.

Il est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

Le présent contrat a pour objet de proposer aux Travailleurs non salariés non agricoles (TNSNA), adhérents de l'APEI et de l'APB, et à leurs proches (conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, descendants, ascendants), une ou plusieurs garanties en cas de décès ou d'invalidité permanente, selon les options choisies dans le cadre fiscal privilégié du dispositif prévu par la loi n°94-126 du 11 février 1994, dite loi Madelin codifiée comme ci-dessus.

Il a pour objet de proposer une ou plusieurs garanties en cas de décès, d'invalidité permanente, d'arrêt de travail survenant à la suite d'une maladie ou d'un accident.

L'assureur met à disposition des adhérents, pour le compte des souscripteurs, lors de la signature de l'étude personnalisée, la présente notice d'information valant conditions générales, résumant d'une manière très précise leurs droits et obligations (article L. 141-4 du Code des assurances).

Une copie du contrat d'assurance de groupe pourra également être remise à tout adhérent qui en fera la demande.

COMMENT DÉTERMINER ET CONTRÔLER VOS GARANTIES ?

Vous devez tout d'abord prendre connaissance du certificat d'adhésion fixant les conditions particulières de votre adhésion au contrat. Ce certificat indique les garanties choisies.

SOMMAIRE

DÉFINITIONS	5
1 - ADHÉSION	6
Article 1 - Conditions d'adhésion.....	6
2 - DESCRIPTION DES GARANTIES	7
Article 2 - Garantie Capital Décès Toutes Causes	7
Article 3 - Garantie Rente de Conjoint	7
Article 4 - Garantie Rente des Enfants.....	7
Article 5 - Garantie Rente d'Invalidité	8
Article 6 - Étendue, limites et exclusions de garanties.....	9
Article 7 - Prise d'effet et durée des garanties	11
Article 8 - Revalorisation automatique des garanties	11
Article 9 - Cessation des garanties.....	12
3 - ENGAGEMENT DE L'ADHÉRENT ET DE L'ASSUREUR	13
Article 10 - Obligations de l'adhérent	13
Article 11 - Fausses déclarations en cas de sinistre	13
Article 12 - Expertises amiables et expertises judiciaires	13
Article 13 - Modification du risque par l'adhérent.....	13
Article 14 - Modification des garanties.....	14
Article 15 - Formalités en cas de décès de l'adhérent	14
Article 16 - Formalités en cas de perte totale et irréversible d'autonomie	15
Article 17 - Formalités en cas de longue maladie ou d'invalidité permanente	15
Article 18 - Revalorisation des prestations	15
Article 19 - Droit de contrôle et d'expertise	16
4 - COTISATIONS.....	17
Article 20 - Taux de cotisation.....	17
Article 21 - Réduction tarifaire pour adhésions couplées.....	17
Article 22 - Avis d'échéance	17
Article 23 - Paiement des cotisations.....	17
Article 24 - Non paiement d'une cotisation.....	18
5 - DISPOSITIONS LÉGALES	19
Article 25 - Délai de renonciation	19
Article 26 - Territorialité.....	19
Article 27 - Traitement des réclamations.....	19
Article 28 - Convention de preuve	19
Article 29 - Loi informatique et libertés.....	20
Article 30 - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	20
Article 31 - Loi applicable.....	21
Article 32 - Prescription	21
Article 33 - Participation aux bénéfices	21
Article 34 - Autorité de contrôle et droit applicable	21
ANNEXE - POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	22

DÉFINITIONS

Ce lexique est à votre disposition pour une meilleure lecture de votre notice d'information. Les mots ainsi définis sont en gras et en italique.

— ACCIDENT

Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de *l'adhérent* ou d'un *bénéficiaire*, provenant d'un événement soudain, imprévu, extérieur à la victime, et constituant la cause du dommage.

— ADHÉRENT

Personne physique, assurée, sur la tête de laquelle pèse le risque couvert. Dans les pages suivantes, les termes « vous, votre, vos » se rapportent à *l'adhérent*.

— ASSUREUR

Sociétés auprès desquelles le contrat est souscrit, et désignées par « *l'assureur* » aux conditions générales (MAPA et Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie pour le risque incapacité/invalidité et MAPA-MAB VIE pour le risque décès).

— BÉNÉFICIAIRE

Personne nommément désignée pour percevoir les prestations prévues en cas de décès. Le *bénéficiaire* peut accepter la désignation faite à son profit en se manifestant auprès de MAPA-MAB VIE, par acte authentique ou sous seing privé et conjointement avec *l'adhérent* au contrat. Dans ce cas, cette désignation devient irrévocable.

— CONCUBIN

Personne vivant maritalement avec *l'adhérent*.

— CONJOINT

Personne unie à *l'adhérent* par les liens du mariage, selon les termes de l'état civil.

— CONSOLIDATION

Moment où l'affection se stabilise pour prendre un caractère permanent non susceptible de modification sensible sous l'effet d'un quelconque traitement.

— MALADIE

Toute altération de l'état de santé d'origine non accidentelle, constatée par un médecin.

— PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS

Personne liée à *l'adhérent* par le Pacte civil de solidarité (PACS).

— PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Incapacité qui rend *l'adhérent* définitivement incapable de se livrer à l'exercice d'une quelconque activité rapportant gain ou profit, et qui nécessite l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins trois des actes essentiels de la vie quotidienne que sont :

- se coucher et se lever ;
- s'habiller et se déshabiller ;
- boire et manger ;
- se laver et aller aux toilettes ;
- se déplacer dans le logement.

— RECHUTE

Nouvel arrêt total de travail résultant des mêmes causes que le précédent.

1 - ADHÉSION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Vous devez, au moment de votre adhésion :

- adhérer ou être *adhérent* à la MAPA, à la Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie, à l'APEI ou à l'APB, *conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin*, ascendant ou descendant d'un sociétaire;
- être âgé de plus de 18 ans et de moins de 65 ans;
- compléter et signer la proposition d'assurance prévoyance par laquelle vous précisez les garanties choisies et l'âge limite pour la garantie Rente d'Invalidité, et indiquez les informations demandées;
- compléter et signer le bulletin de désignation de(s) *bénéficiaire(s)* en cas de décès;
- vous soumettre aux formalités médicales requises en fonction de votre déclaration d'état de santé et/ou des montants souscrits;
- joindre la photocopie recto verso de votre pièce d'identité en cours de validité et portant photographie.

L'adhésion à la garantie Rente d'Invalidité est strictement réservée aux personnes exerçant une activité professionnelle.

— SPÉCIFICITÉ LOI MADELIN - CONTRATS N° 3159 ET 3160

Pour ouvrir ce contrat, vos revenus doivent relever de la catégorie :

- **des bénéfices industriels et commerciaux (artisans et commerçants) ;**
- **des bénéfices non commerciaux (professions libérales) ;**
- **ou des rémunérations des gérants et associés (dirigeants non salariés des sociétés).**

Votre conjoint-collaborateur peut également ouvrir un contrat dès lors qu'il est affilié aux régimes de base et complémentaires obligatoires.

Chaque année, vous devrez justifier que vous êtes à jour de vos cotisations aux régimes obligatoires d'assurance. Pour cela, vous devrez fournir à l'*assureur*, une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et vieillesse des travailleurs non salariés dont vous dépendez. Dans le cas contraire, le contrat sera nul au regard de la loi.

La garantie Capital Décès Toutes Causes n'est pas éligible au dispositif réglementaire et légal précité. Les cotisations correspondantes ne sont pas déductibles.

Après étude de la proposition d'assurance prévoyance, l'assureur peut :

- accepter les garanties sans réserve;
- accepter votre demande sous certaines conditions (paiement d'une cotisation additionnelle, limitation de garantie):
 - si votre état de santé ne correspond pas à ses normes d'acceptation de risques,
 - si votre activité professionnelle ou sportive peut entraîner une aggravation du risque,
 - si vous séjournerez dans des pays réputés dangereux;
- ajourner l'adhésion pour des raisons médicales. De nouvelles formalités médicales seront demandées au terme de cet ajournement;
- refuser votre proposition d'assurance.

2 - DESCRIPTION DES GARANTIES

Les garanties Capital Décès Toutes Causes, Rente de *Conjoint* et Rente des Enfants couvrent le décès jusqu'au 31 décembre suivant votre 75^e anniversaire. L'extension *perte totale et irréversible d'autonomie* (PTIA) au titre de la garantie Capital Décès Toutes Causes est garantie jusqu'au 31 décembre suivant votre 62^e anniversaire.

La garantie Rente :

- Longue *maladie* toutes causes couvre la longue *maladie* après 365 jours d'arrêt de travail consécutifs jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt de travail maximum ;
- Invalidité couvre l'invalidité permanente jusqu'au 31 décembre suivant votre 60^e, 62^e ou 67^e anniversaire, selon le choix effectué lors de l'adhésion ou modifié ultérieurement.

Ces garanties peuvent être choisies indépendamment les unes des autres ou simultanément.

ARTICLE 2 - GARANTIE CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES

Elle ouvre droit, en cas de décès ou de *perte totale et irréversible d'autonomie* (PTIA), au versement d'un capital.

— EN CAS DE DÉCÈS

Si votre décès survient pendant la durée de l'adhésion, le capital est versé au(x) *bénéficiaire*(s) désigné(s).

— EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Si l'origine de votre *perte totale et irréversible d'autonomie* (PTIA) survient pendant la durée de votre adhésion et si celle-ci est médicalement reconnue au plus tard deux ans après la cessation de la garantie, le capital vous est directement versé. Le paiement du capital met fin à cette garantie.

ARTICLE 3 - GARANTIE RENTE DE CONJOINT

À compter de votre décès, s'il survient pendant la durée de l'adhésion, une rente est versée au *bénéficiaire* que vous avez nommé désigné (nom¹, prénom, date et lieu de naissance, adresse) : *conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS* ou toute autre personne physique qui vous est proche. Cette rente est payable mensuellement à terme échu. Elle est servie jusqu'au 31 décembre suivant le 65^e anniversaire du *bénéficiaire*, ou jusqu'à son décès s'il survient avant.

Au moment de la mise en place effective de la rente, le *bénéficiaire* peut opter pour une rente servie au-delà de 65 ans, ou éventuellement jusqu'à son propre décès. Le montant des mensualités est alors recalculé en fonction du nouveau terme choisi, selon les conditions en vigueur à la date de la demande.

ARTICLE 4 - GARANTIE RENTE DES ENFANTS

À compter de votre décès, s'il survient pendant la durée de l'adhésion, une rente est versée à chaque enfant *bénéficiaire* que vous avez nommé désigné (nom¹, prénom, date et lieu de naissance, adresse). Cette rente est payable mensuellement à terme échu. Elle est servie jusqu'au 31 décembre suivant le 25^e anniversaire de l'enfant *bénéficiaire*, ou jusqu'à son décès s'il survient avant.

1. Nom de naissance, le cas échéant.

ARTICLE 5 - GARANTIE RENTE D'INVALIDITÉ

Cette garantie ne peut être choisie que si vous exercez une activité professionnelle. Une rente mensuelle vous est attribuée si vous êtes atteint(e) d'une longue *maladie* ou d'une invalidité permanente.

— CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA RENTE

Pour la longue *maladie*

Si vous vous trouvez, par suite de *maladie* ou d'*accident*, dans l'impossibilité totale et médicalement justifiée d'exercer votre profession depuis une durée ininterrompue de plus de 365 jours, la rente longue *maladie* vous est versée mensuellement.

Si vous reprenez votre activité, puis faites l'objet d'une *rechute*, le service de la rente reprend comme s'il s'agissait d'une seule et même interruption de travail. Cette rente est servie tant que dure la longue *maladie*, et au plus tard pendant deux ans – c'est-à-dire jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt de travail – si l'invalidité permanente n'a pas été reconnue avant cette date.

Pour l'invalidité permanente

En cas d'invalidité permanente par suite de *maladie* ou d'*accident*, vous percevez une rente d'invalidité. L'invalidité ouvrant droit au service de la rente est appréciée en fonction de votre **incapacité fonctionnelle** et de l'**incidence professionnelle** qui en résulte.

Le taux d'incapacité fonctionnelle et le degré d'incidence professionnelle sont soumis à l'avis d'un médecin expert désigné par *l'assureur* et mandaté à ses frais, selon les barèmes suivants :

- **le taux d'incapacité fonctionnelle** est fondé sur votre déficit physiologique, physique ou mental, en fonction du dernier barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun publié par la revue *Le Concours Médical*, quelle que soit la profession que vous exercez ;
- **l'incidence professionnelle** est évaluée d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle selon la profession que vous exercez. Il est tenu compte de la façon dont vous exercez votre profession antérieurement à la *maladie* ou l'*accident*, des conditions normales d'exercice de votre profession et des possibilités d'exercice restantes. L'incidence professionnelle est déterminée selon le barème suivant :
 - Degré 1 : pas d'incapacité totale au métier,
 - Degré 2 : incapacité totale au métier,
 - Degré 3 : inaptitude absolue à l'exercice d'une quelconque profession.

— MONTANT DE LA RENTE VERSÉE

En fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du degré d'incidence professionnelle définis par le médecin expert, il est versé :

- soit la totalité de la rente garantie ;
- soit une rente partielle ;
- soit aucune rente.

1. Nom de naissance, le cas échéant.

Le pourcentage de la rente versée est défini de la façon suivante :

INCIDENCE PROFESSIONNELLE \ TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE (EN %)	0-32	33-39	40-49	50-59	60-65	66-100
Pas d'incapacité totale au métier	0 %	50 %	60 %	75 %	90 %	100 %
Incapacité totale au métier	50 %	75 %	90 %	100 %	100 %	100 %
Inaptitude totale à toute profession	La rente est versée à 100 %					

— RÉVISION

Le pourcentage de la rente versée pourra être révisé en cas de modification constatée du taux d'incapacité fonctionnelle ou de votre situation professionnelle, à votre demande ou à l'initiative de *l'assureur*. La rente sera alors ajustée en fonction de la nouvelle situation, voire supprimée, dans les conditions décrites ci-dessus. En particulier, la rente versée en cas d'incapacité totale au métier, cumulée avec celle du régime obligatoire et le revenu d'une nouvelle activité, ne pourra excéder le revenu perçu antérieurement.

— CESSATION DU VERSEMENT DE LA RENTE D'INVALIDITÉ

Le service de la rente d'invalidité cesse :

- à votre décès ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite au régime de base ;
- et au plus tard, le 31 décembre suivant votre 60^e, 62^e ou 67^e anniversaire selon l'option que vous avez choisie.

— OPTION CAPITAL DE RECONVERSION

(Pour les contrats 3157 et 3158 uniquement)

En cas d'incapacité totale au métier entraînant un changement d'emploi, vous pouvez demander à percevoir le tiers de la rente d'invalidité qui vous est due, sous forme d'un capital.

Après *consolidation* de votre état, si vous êtes invalide, *l'assureur* peut vous proposer de remplacer le service de la rente d'invalidité par le versement d'un capital, pour vous aider à vous reconvertir professionnellement.

Le calcul du capital de reconversion est effectué d'après les conditions en vigueur au moment de la transformation de tout ou partie de la rente en capital.

— EXONÉRATION DES COTISATIONS

l'assureur prend en charge vos cotisations à partir du premier jour de versement de la rente d'invalidité, et tant que dure le service de cette prestation. Pendant la période d'exonération, toutes les garanties vous sont intégralement maintenues, sans possibilité de modification.

ARTICLE 6 - ÉTENDUE, LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

— EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Suicide - Le suicide n'est pas garanti pendant la première année d'assurance. Il est garanti s'il se produit plus d'un an après la prise d'effet de l'adhésion.

Sports dangereux - Les *accidents* consécutifs à la pratique, en qualité d'amateur, d'un sport réputé dangereux ne sont pas garantis.

Navigation aérienne - Vous êtes garanti(e) en tant que passager(e) ou pilote, lorsque l'appareil utilisé et son équipage sont munis des pièces réglementaires de navigabilité et de capacité en état de validité. Par contre, vous n'êtes pas garanti(e) lors de :

- participations à des compétitions, raids, démonstrations acrobatiques, voltige, tentatives de records, vols d'essai et vols en prototype;
- descentes en parachute que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil;
- pratiques de l'aile volante, du deltaplane, du vol à voile, de l'aérostation, du parapente, de l'ultra léger motorisé (ULM), ou de tout appareil non homologué.

Radioactivité - Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ou encore les effets de radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules, ne sont pas garantis.

Cas particuliers - L'assureur ne garantit pas les risques consécutifs à :

- des *accidents* ou *maladies* qui sont de votre fait volontaire ou qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire;
- un acte intentionnel du ou des *bénéficiaire(s)* désigné(s);
- des *accidents* ou *maladies*, activités sportives, ou déplacements à l'étranger ayant fait l'objet d'une exclusion spécifique qui vous a été expressément notifiée sur votre certificat individuel d'adhésion.

— EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE INVALIDITÉ

Sont exclues de la garantie Rente d'Invalidité, les longues *maladies* et invalidités consécutives aux exclusions répertoriées ci-contre ou résultant :

- de la participation à des compétitions sportives à titre professionnel, à des courses, matchs, paris, raids, démonstrations acrobatiques, voltige, tentatives de records;
- d'un état d'ivresse, d'un état alcoolique, d'éthylisme ou de l'usage illicite de drogues, stupéfiants ou substances analogues présentant des effets toxiques;
- de la participation à une rixe (sauf cas de légitime défense et celui de l'accomplissement du devoir professionnel) et de la participation active à des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme ou de sabotage.

Cures - Sont exclus les séjours dans les établissements de repos, de retraite, les cures thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements esthétiques, de réadaptation professionnelle, ainsi que les séjours dans des institutions médico-sociales d'hébergement de personnes âgées.

Sont également exclus :

- la schizophrénie, les troubles schizotypiques et troubles délirants;
- les troubles affectifs bipolaires, les épisodes dépressifs, les troubles dépressifs récurrents, les troubles de l'humeur (affectifs) persistants;
- les troubles névrotiques, troubles phobiques, troubles anxieux, troubles obsessionnels-compulsifs et réactions à un facteur de stress.

À l'exception des affections donnant lieu à une hospitalisation de plus de trois semaines continues en établissement psychiatrique.

— EXCLUSION SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES ET À L'EXTENSION PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE DÈS LORS QU'ELLE EST SOUSCRITE SANS QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Sont exclus de la garantie Capital Décès Toutes Causes et de l'extension Perte Totale et Irréversible d'Autonomie les décès et origines de la perte totale et irréversible d'autonomie résultant ou provenant des suites ou conséquences de maladies, accidents et infirmité dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet du contrat.

— RISQUES RACHETABLES

Dès lors qu'ils ont été déclarés au moment de votre adhésion ou ultérieurement, certains risques peuvent néanmoins être couverts, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle fixée au cas par cas. Pour plus de renseignements, contactez votre *assureur*.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties de votre adhésion prennent effet dans leur ensemble dès lors que vous avez accepté l'étude personnalisée et versé votre première cotisation.

La première période d'assurance se termine le 31 décembre suivant la date d'effet. Les garanties se renouvellent ensuite pour une durée d'un an, par tacite reconduction, au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve des dispositions figurant à l'article 9.

Cas particulier - Votre demande d'adhésion peut nécessiter un délai d'acceptation dans l'attente d'examens ou de renseignements complémentaires demandés par le médecin-conseil, à lui retourner sous pli confidentiel.

Vous pouvez alors demander la prise d'effet immédiate de vos garanties pour couvrir le risque de décès ou de *perte totale et irréversible d'autonomie* par suite d'*accident* survenant dans un délai maximum de 60 jours à compter de la signature de votre proposition d'assurance. Ce risque est garanti dès la signature de votre proposition d'assurance moyennant le versement d'une cotisation provisionnelle de 15 €.

Cette garantie est limitée au montant souscrit, avec un maximum de 60000 € (total des capitaux constitutifs de toutes les garanties décès que vous avez choisies).

ARTICLE 8 - REVALORISATION AUTOMATIQUE DES GARANTIES

Pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie, les garanties sont revalorisées automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année d'un taux fixé annuellement par *l'assureur*.

Ce taux entraîne une revalorisation, dans la même proportion, de la garantie et de la cotisation (indépendamment des variations dues au changement de l'âge de *l'adhérent*). Cette revalorisation ne nécessite aucune nouvelle formalité médicale.

Remarque - *L'adhérent* peut abandonner à tout moment, mais définitivement, ce système de revalorisation automatique.

ARTICLE 9 - CESSATION DES GARANTIES

D'une manière générale, les garanties cessent :

- sur simple demande de votre part, si vous désirez mettre un terme à votre adhésion (dans ce cas, la garantie court jusqu'à la prochaine cotisation à échoir) ;
- en cas de cessation d'activité, dès lors vous devez en informer *l'assureur* dans les 6 mois suivant la date de fin d'activité ;
- en cas de non-paiement d'une cotisation, après expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant lettre recommandée adressée dix (10) jours après l'impayé conformément aux dispositions des articles L. 113-3, L. 132-20 et L. 141-3 du Code des assurances ;

- et au plus tard :
 - au 31 décembre suivant votre 75^e anniversaire, pour les garanties en cas de décès,
 - au 31 décembre suivant votre 62^e anniversaire, pour la *perte totale et irréversible d'autonomie*, au titre de la garantie Capital Décès Toutes Causes,
 - au 31 décembre suivant votre 60^e, 62^e ou 67^e anniversaire selon l'option choisie, pour la garantie en cas de longue *maladie* ou d'invalidité permanente.

D'autre part :

- les garanties Capital Décès Toutes Causes, Rente de *Conjoint* et Rente des Enfants cessent au moment de votre décès ou de la reconnaissance de votre *perte totale et irréversible d'autonomie*, pour la garantie Capital Décès Toutes Causes, lorsque les prestations prévues sont réglées ;
- la garantie Rente d'Invalidité cesse à la date de votre départ en retraite (attribution d'une pension vieillesse) ou à votre décès, s'il survient avant.

3 - ENGAGEMENT DE L'ADHÉRENT ET DE L'ASSUREUR

ARTICLE 10 - OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT — LORS DE VOTRE ADHÉSION

Les déclarations relatives à votre état de santé, vos antécédents médicaux, vos activités professionnelles et sportives, vos conditions de séjours à l'étranger, servent de base à l'adhésion. Celle-ci devient incontestable dès son entrée en vigueur. Toutefois, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, vous vous exposez à la nullité de votre adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L. 113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) et L. 132-26 (erreur sur l'âge) du Code des assurances.

Important - La tarification est établie sur la base de vos déclarations au moment de votre adhésion. Ces conditions restent valables si votre état de santé ne subit aucun changement entre la date d'émission du certificat d'adhésion et la date d'effet de votre assurance. En cas de modification de votre état de santé, le Code des assurances vous fait obligation de le déclarer à l'assureur.

ARTICLE 11 - FAUSSES DÉCLARATIONS EN CAS DE SINISTRE

Toute réticence à un contrôle demandé par l'assureur à une expertise par un médecin, ou toute déclaration intentionnellement fautive de la part de l'adhérent ou de ses ayants droit, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, aux circonstances ou aux conséquences du décès, de la *perte totale et irréversible d'autonomie*, de la longue *maladie* ou de l'invalidité, annulent tout droit à prestation pour le sinistre en cause.

ARTICLE 12 - EXPERTISES AMIABLES ET EXPERTISES JUDICIAIRES

L'expertise médicale arbitrale amiable - En cas de désaccord de l'adhérent ou du bénéficiaire sur les conclusions du médecin-conseil de l'assureur, le différend est soumis à une expertise médicale arbitrale amiable. Cette expertise est confiée à un médecin expert choisi par l'adhérent parmi trois médecins que lui propose l'assureur.

En outre, chaque partie a la faculté de se faire assister par tout praticien de son choix, les honoraires de ces derniers restant à la charge de leur mandant respectif. Les honoraires et frais du médecin expert chargé de l'expertise arbitrale sont supportés par moitié par chacune des parties.

L'expertise judiciaire - Le recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations est possible dès que survient un différend entre le bénéficiaire et le médecin-conseil de l'assureur. Ce recours est également possible si, à l'issue de l'expertise amiable, une des parties est en désaccord avec l'avis du médecin expert.

Les prestations ne sont pas dues si l'adhérent refuse de se soumettre à l'expertise, ou si l'expertise amiable ou judiciaire révèle que les conditions prévues pour la mise en œuvre des garanties ne sont pas ou plus réunies.

ARTICLE 13 - MODIFICATION DU RISQUE PAR L'ADHÉRENT

Vous devez informer l'assureur de toutes circonstances nouvelles concernant votre activité professionnelle, la pratique d'un sport réputé dangereux, vos séjours d'une durée supérieure à trois mois dans des pays présentant des risques, qui rendraient inexacts les réponses faites à l'assureur lors de votre adhésion.

De même, vous vous engagez à informer l'assureur si vous souscrivez des garanties de même nature auprès d'organismes de prévoyance ou d'assurance car pour l'assureur, cela constitue une aggravation du risque.

La déclaration auprès de l'assureur doit intervenir dans un délai de 30 jours suivant la modification du risque. En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application de l'article L. 113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) du Code des assurances.

Lorsque la nouvelle situation entraîne une modification du risque ou en modifie l'appréciation, l'assureur peut vous proposer une nouvelle cotisation ou exclure les nouveaux risques déclarés. L'assureur peut également résilier la seule garantie Rente d'Invalidité à compter de la date de modification.

Si vous refusez ces nouvelles conditions, l'assureur résiliera la garantie Rente d'Invalidité exclusivement (article L. 113-4 du Code des assurances), à compter du mois suivant ce refus. De même, si vous ne donnez pas suite aux nouvelles propositions, l'assureur résiliera la garantie Rente d'Invalidité exclusivement à l'issue d'un délai de 60 jours, à compter du mois suivant ce refus.

ARTICLE 14 - MODIFICATION DES GARANTIES

Vous pouvez à tout moment demander la modification de vos garanties, en fonction de votre nouvelle situation familiale, par exemple. Pour la garantie Rente d'Invalidité vous pouvez modifier l'option relative à l'âge de cessation de garantie (60, 62 ou 67 ans) au plus tard le 31 décembre suivant votre 60^e anniversaire.

Vous devez en avvertir l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception adressée à son siège social. S'il s'agit d'une augmentation ou d'un complément de garanties, de nouvelles formalités médicales sont exigées avant l'acceptation de ces modifications.

Toute modification de vos droits ou obligations convenue entre le souscripteur et l'assureur fera l'objet d'une notification préalable trois mois à l'avance conformément aux dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

ARTICLE 15 - FORMALITÉS EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

(Dans le cadre des garanties Capital Décès Toutes Causes, Rente de Conjoint, Rente des Enfants)

L'assureur effectue les paiements au(x) **bénéficiaire(s)** que vous avez désigné(s), après réception dans le mois suivant le décès, des documents suivants :

- un extrait de l'acte de décès ;
- un certificat médical précisant la date de première constatation de la **maladie** ou celle de l'**accident** auquel l'**adhérent** a succombé. Ce certificat est à adresser sous pli confidentiel au médecin-conseil de l'assureur. L'assureur ne prend pas en charge les frais et honoraires médicaux, inhérents à l'établissement du certificat ;
- en cas de **bénéficiaires** multiples, la fiche d'acceptation conjointe, dûment signée par chaque intéressé ou son représentant légal ;
- en cas de **bénéficiaires** mineurs ou incapables, une pièce justifiant la désignation du représentant légal ;
- une photocopie de la carte d'identité de chacun des **bénéficiaires** désignés.

Le décès d'un rentier **bénéficiaire** de la garantie Rente de **Conjoint** ou Rente des Enfants interrompt le service de la rente temporaire avant le terme prévu.

Dans un tel cas, la dernière mensualité est versée le dernier jour du mois du décès.

L'*assureur* se réserve le droit de demander des informations complémentaires (cf. article 19).

— SPÉCIFICITÉ LOI MADELIN - CONTRATS N° 3159 ET 3160

Les Rentes de Conjoint, les Rentes d'Enfants et les Rentes d'Invalidité versées sont soumises à imposition, dans le cadre du dispositif réglementaire et légal précité.

ARTICLE 16 - FORMALITÉS EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

(Dans le cadre de la garantie Capital Décès Toutes Causes)

L'*assureur* vous verse directement le capital, après réception des documents suivants :

- une photocopie de votre carte d'identité ;
- les documents médicaux établissant la preuve de la *perte totale et irréversible d'autonomie* et la nécessité d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ainsi qu'un certificat médical précisant la nature et la date de première constatation de la *maladie*, ou la date de l'*accident* et la nature des blessures ayant entraîné la *perte totale et irréversible d'autonomie*. L'*assureur* ne prend pas en charge les frais et honoraires médicaux ;
- et si vous êtes assuré social, la notification d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité de troisième catégorie, précisant les motifs médicaux d'attribution.

ARTICLE 17 - FORMALITÉS EN CAS DE LONGUE MALADIE OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE

(Dans le cadre de garantie Rente d'Invalidité)

Toute longue *maladie* ou invalidité pouvant entraîner le jeu de la garantie Rente d'Invalidité ainsi que l'exonération des cotisations, doit être impérativement déclarée à l'*assureur* dans les 45 jours qui suivent la connaissance de l'invalidité ou la prolongation de la *maladie*.

La déclaration de sinistre, faite à l'aide d'un imprimé spécial fourni par l'*assureur* doit être accompagnée d'un certificat médical (à la charge de l'*adhérent*) indiquant notamment :

- la nature de la *maladie* et sa date de première constatation, ou la date de l'*accident* et la nature des blessures ;
- la durée probable de la longue *maladie*, et éventuellement la durée d'hospitalisation.

Pour le paiement de la rente d'invalidité par l'*assureur*, vous devez :

- fournir les pièces justificatives de l'arrêt de travail et éventuellement de l'hospitalisation, ainsi que les documents émanant des organismes sociaux et décrivant vos droits à prestations ;
- signaler toute prolongation d'arrêt de travail dans un délai de dix jours, et adresser à l'*assureur* un nouveau certificat médical justifiant cette prolongation ; à défaut, vous êtes considéré(e) comme guéri(e) à l'expiration du délai prévu sur le certificat précédemment remis. L'*assureur* ne prend pas en charge les frais et honoraires médicaux ;
- fournir, le cas échéant, un certificat médical de *consolidation* précisant le taux d'invalidité permanente et les éléments permettant d'apprécier cette invalidité, tant sur le plan fonctionnel que sur le plan professionnel.

ARTICLE 18 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie, les Rentes des enfants, Rentes de *conjoint* et Rentes d'invalidité en service seront revalorisées selon un taux fixé par l'*assureur*, le 1^{er} janvier de chaque exercice.

ARTICLE 19 - DROIT DE CONTRÔLE ET D'EXPERTISE

À tout moment, *l'assureur* peut faire procéder, par un médecin qu'il désigne, à une expertise médicale relative à la demande ou au maintien des prestations.

De même, *l'assureur* peut diligenter une enquête ou demander à *l'adhérent* des pièces complémentaires permettant l'étude du dossier.

4 - COTISATIONS

ARTICLE 20 - TAUX DE COTISATION

Les cotisations sont calculées à partir du barème tarifaire de base (taxes comprises), en fonction de la nature et du montant des garanties que vous avez choisies.

Le barème tarifaire de base dépend de votre âge. L'âge retenu pour ce calcul est déterminé par la différence entre l'année d'assurance considérée et votre année de naissance.

Au 1^{er} janvier de chaque année, vous cotisez au taux correspondant à votre nouvel âge. En cas d'erreur dans l'indication de votre date de naissance, l'ajustement nécessaire sera fait, conformément à l'article L. 132-26 du Code des assurances.

L'assureur se réserve le droit de modifier uniquement le barème tarifaire de la garantie Rente d'Invalidité, en fonction des résultats statistiques des exercices précédents.

Par contre, le tarif de base (hors taxe) des garanties en cas de décès ou de *perte totale et irréversible d'autonomie* est valable pendant toute la durée de l'adhésion.

Les cotisations comprennent les taxes éventuellement en vigueur à la date d'adhésion. Elles pourront être révisées en cas de changement de leur taux ou lorsqu'une nouvelle taxe sera instituée.

ARTICLE 21 - RÉDUCTION TARIFAIRE POUR ADHÉSIONS COUPLÉES

Si votre *conjoint* (*concubin* ou *partenaire lié par un PACS*) adhère également à ce contrat, une réduction tarifaire est appliquée sur chaque cotisation pour l'ensemble des garanties souscrites.

Cette réduction s'applique tant que durent les deux adhésions. En cas de décès d'un *conjoint* (ou *concubin*, ou *partenaire lié par un PACS*), la réduction est définitivement maintenue au profit du *conjoint* (ou *concubin*, ou *partenaire lié par un PACS*) survivant.

ARTICLE 22 - AVIS D'ÉCHÉANCE

L'assureur vous adresse, avant le 1^{er} janvier de chaque année, un avis d'échéance.

— SPÉCIFICITÉ LOI MADELIN - CONTRATS N° 3159 ET 3160 - ATTESTATION FISCALE

Si vous êtes à jour de vos cotisations au régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs indépendants (justificatif à adresser à l'assureur chaque année), vous recevrez également une attestation fiscale à conserver à l'appui de votre comptabilité pour justifier les sommes déductibles du bénéfice imposable. Ces sommes correspondent aux cotisations payées au cours de l'année écoulée.

La garantie Capital Décès Toutes Causes n'est pas éligible au dispositif réglementaire et légal précité. Les cotisations correspondantes ne sont pas déductibles.

ARTICLE 23 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance. Vous choisissez la périodicité de paiement au moment de votre adhésion, à condition toutefois que le montant de chaque cotisation fractionnée ne soit pas inférieur à 3 €.

Les cotisations payables par fractions trimestrielles ou mensuelles font obligatoirement l'objet d'un prélèvement automatique sur un compte bancaire.

Elles sont soumises à une majoration pour frais de fractionnement: respectivement 2,50 % et 3 %.

La première et la dernière cotisation sont calculées en tenant compte de la durée effective des garanties (prorata temporis).

— SPÉCIFICITÉ LOI MADELIN - CONTRATS N° 3159 ET 3160

Les cotisations effectuées sur un contrat de prévoyance loi Madelin sont, chaque année, déductibles de votre résultat imposable.

La déductibilité est limitée à la somme la moins élevée entre :

- 3,75 % du bénéfice imposable, retenu dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) + 7 % du PASS ;
- et 3 % de huit fois le PASS.

ARTICLE 24 - NON PAIEMENT D'UNE COTISATION

À défaut de paiement d'une cotisation périodique **dans un délai de dix jours** suivant son échéance, *l'assureur* vous adresse une lettre recommandée à votre dernier domicile connu.

Si cette cotisation reste impayée quarante jours après l'envoi de cette lettre, votre adhésion sera résiliée de plein droit, sans aucune autre formalité (articles L. 113-3, L. 132-20 et L. 141-3 du Code des assurances).

Si les contrats sont résiliés, le paiement des cotisations n'entraîne pas leur remise en vigueur automatique et *l'assureur* vous communiquera sa décision après l'enregistrement effectif du règlement.

Aucune prestation n'est accordée pour les conséquences des *maladies* ou *accidents* dont l'origine se situe pendant la période de suspension du contrat, et cela même si vous vous acquittez ultérieurement de la cotisation impayée.

5 - DISPOSITIONS LÉGALES

ARTICLE 25 - DÉLAI DE RENONCIATION

À compter de la date d'envoi de votre certificat d'adhésion, vous avez 30 jours pour revenir sur votre décision.

Pour les contrats 3157 et 3159, il suffit alors d'adresser à MAPA Mutuelle d'Assurance – 1 Rue Anatole Contré – BP 60037 – 17411 Saint-Jean-d'Angély CEDEX – une lettre recommandée datée et signée ou son équivalent par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, en recopiant la mention suivante : « Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] désire renoncer à l'adhésion à mon contrat Prévoyance Plus. »

Pour les contrats 3158 et 3160, il suffit alors d'adresser à Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie – 27 avenue d'Eylau – 75782 Paris CEDEX 16 – une lettre recommandée datée et signée ou son équivalent par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, en recopiant la mention suivante : « Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] désire renoncer à l'adhésion à mon contrat Prévoyance Plus. »

La cotisation éventuellement versée vous est alors remboursée dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de votre courrier de renonciation.

ARTICLE 26 - TERRITORIALITÉ

Les risques de décès ou d'invalidité permanente sont garantis dans le monde entier. Cependant, si l'invalidité permanente ou la longue *maladie* survient hors de France, France outre-mer ou Monaco, c'est la date de la première constatation médicale de cet état en France, France outre-mer ou à Monaco, qui sert de point de départ à la garantie. Il en sera de même pour la *perte totale et irréversible d'autonomie* assimilée au décès.

ARTICLE 27 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

En cas de désaccord avec *l'assureur*, vous avez la possibilité de signaler une anomalie ou exprimer une insatisfaction sur la gestion de votre adhésion au contrat en adressant un courrier au service Qualité Client de la MAPA, à l'adresse suivante : MAPA Mutuelle d'Assurance – Service Qualité Client – 1 Rue Anatole Contré – BP 60037 – 17411 Saint-Jean-d'Angély CEDEX.

À compter de la date de réception de la réclamation, la MAPA s'engage à vous répondre sous sept jours maximum.

Si le désaccord persiste, nous vous proposons en dernier ressort, l'intervention du médiateur de l'assurance en adressant un courrier au médiateur de l'assurance à l'adresse suivante « La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris CEDEX 09 » ou par une saisine en ligne sur le site www.mediation-assurance.org et sans préjudice de votre droit d'agir en justice.

ARTICLE 28 - CONVENTION DE PREUVE

L'assureur peut exiger à tout moment et pour toute opération un écrit de *l'adhérent*.

L'adhérent reconnaît que l'utilisation de son identifiant et de son mot de passe vaut signature permettant son identification et prouvant son consentement aux opérations réalisées.

La signature de toute opération via un procédé de signature électronique renforcé avec un tiers certificateur vaut signature manuscrite.

À ce titre, *l'adhérent* accepte et reconnaît :

- que la saisie du code d'authentification et sa validation avec l'apposition du certificat d'authentification sur l'espace personnalisé de signature sont réputées être effectuées par lui et valent consentement à l'accomplissement de l'opération ;
- que la conservation de l'opération dans le système d'information de *l'assureur* est de nature à en garantir l'intégrité.

L'adhérent accepte et reconnaît que la preuve des opérations effectuées pourra être faite par tous moyens, notamment par les récapitulatifs des transactions établies par les systèmes informatiques de *l'assureur*.

Cet article vaut convention sur la preuve au sens de l'article 1316-2 du Code civil entre *l'adhérent* et *l'assureur*.

ARTICLE 29 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les souscripteurs et *l'assureur* s'engagent dans le cadre de ces activités à assurer la protection, la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel des *adhérents* et prospects, ainsi qu'à respecter leur vie privée conformément à la « Réglementation sur la protection des données personnelles » désignant toutes dispositions législatives et réglementaires relatives à la protection des données personnelles, notamment la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite « Informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 et par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, le Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (ci-après « RGPD »), les avis et délibérations des autorités de contrôle compétentes.

Dans ce cadre, les souscripteurs et *l'assureur* s'engagent à respecter la politique de protection des données personnelles annexées (cf l'annexe) faisant partie intégrante de la présente notice d'information.

ARTICLE 30 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et être conformes aux dispositions réglementaires, codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application.

En application de ce cadre légal et réglementaire, *l'assureur* a l'obligation de vérifier, ou de faire vérifier par ses intermédiaires distributeurs, l'origine ou la destination des fonds des opérations et, d'une manière générale, les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter *l'adhérent*.

Au titre de cette réglementation :

- toute opération, isolée ou fractionnée devra être accompagnée des justificatifs liés à l'opération ;
- l'origine des fonds de toute opération devra être renseignée ;
- pour des adhésions à distance, une double vérification d'identité sera effectuée (obtention d'une pièce justificative supplémentaire) ;
- *l'assureur* n'accepte pas les opérations en espèces.

L'adhérent, dès son adhésion et pour toute la durée de celle-ci, s'engage à respecter strictement la réglementation sur la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

ARTICLE 31 - LOI APPLICABLE

La loi applicable est la loi française.

ARTICLE 32 - PRESCRIPTION

En application de l'article L. 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, notamment :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit;
- une demande en justice, y compris en référé;
- un acte d'exécution forcée.

Ainsi que dans les cas suivants prévus à l'article L. 114-2 du Code des assurances :

- la désignation d'expert à la suite d'un sinistre;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par *l'assureur* pour non-paiement de la cotisation ou par *l'adhérent* en ce qui concerne le règlement des prestations.

La prescription de 2 (deux) ans court à nouveau à compter de la date d'interruption, sauf cause de suspension notamment en cas de recours à la médiation ou à la conciliation et en cas d'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Le(s) *bénéficiaire(s)*, lorsqu'il(s) est (sont) distinct(s) de *l'adhérent*, peut (vent) réclamer le versement des prestations dans un délai maximum de dix (10) ans à compter de la date de décès de *l'adhérent*.

ARTICLE 33 - PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

L'assureur applique un mécanisme de participation au titre des bénéfices techniques et financiers.

ARTICLE 34 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE ET DROIT APPLICABLE

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR): 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris.

Le contrat est régi par la loi française. Il relève des branches 1 et 2 et 20 de l'article R321-1 du Code des assurances.

ANNEXE - POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies vous concernant sont collectées et traitées par votre Mutuelle d'Assurance, qui intervient en qualité de responsable de traitement, sous contrôle de son délégué à la protection des données.

Pour la passation, la gestion, l'exécution de vos contrats d'assurance, l'intérêt légitime de votre Mutuelle d'Assurance, ainsi que la gestion commerciale de ses clients, l'amélioration de la qualité de ses services, l'évaluation et la formation de ses conseillers, votre assureur doit recueillir et utiliser des données personnelles vous concernant.

Elles peuvent également être utilisées dans les procédures de lutte contre la fraude et contre le blanchiment/ financement du terrorisme. Ces procédures s'effectuent dans le cadre de l'intérêt légitime de l'assureur qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés, et de répondre aux exigences de sécurité imposées par la loi.

- Lutte contre le blanchiment / financement du terrorisme : vos données peuvent être transmises aux autorités compétentes, conformément à la réglementation en vigueur.
- Lutte contre la fraude à l'assurance : le dispositif peut conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vos données peuvent être recueillies en ligne, sur supports papiers ou électroniques, ou par enregistrement vocal lors d'un appel téléphonique.

Les destinataires de vos données sont : les personnels de la Mutuelle d'Assurance, ses prestataires, partenaires, réassureurs, s'il y a lieu les organismes d'assurance ou les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements de profilage pour, par exemple, évaluer les risques et établir des tarifs.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion de notre relation commerciale. Elles sont ensuite archivées selon les durées de prescriptions légales.

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations dont nous disposons vous concernant et de demander à les corriger, notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données, dans la limite des contraintes légales liées à la gestion de votre contrat.

Vous pouvez également vous opposer à l'utilisation de vos données, notamment concernant la prospection commerciale.

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à leur utilisation.

Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez adresser votre demande à MAPA / Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie- Département Qualité- 1, rue Anatole-Contré- BP 60037- 17411 SAINT JEAN D'ANGÉLY CEDEX.

Après avoir fait une demande, si vous n'avez pas obtenu satisfaction, vous pouvez vous adresser à la CNIL : sur le site www.cnil.fr, ou par courrier à Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Un justificatif d'identité doit être joint à la demande.

Responsable de traitement	<p>MAPA-MAB VIE Société Anonyme au capital de 6 000 000 euros entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – Immatriculée sous le numéro 852 204 171 au RCS de Saintes – Siège social : 1 rue Anatole Contré, 17400 Saint-Jean-d’Angély.</p> <p>MAPA Mutuelle d’Assurance Société d’Assurance Mutuelle à cotisations variables – Entreprise régie par le Code des Assurances – Immatriculée au Répertoire National des Entreprises sous le numéro SIREN 775 565 088 – Siège social : 1 rue Anatole Contré, 17400 Saint-Jean-d’Angély.</p> <p>Mutuelle d’Assurance de la Boulangerie Société d’Assurance Mutuelle à cotisations variables – Entreprise régie par le Code des assurances – Immatriculée au Répertoire National des Entreprises sous le numéro SIREN 784 647 273 – Siège social : 27 avenue d’Eylau, 75016 Paris.</p>
Données à caractère personnel concernées	<p>Toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, notamment un nom, un numéro d’identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.</p> <p>Les données à caractère médical strictement nécessaires sont traitées dans le respect des directives relatives au secret médical et à la protection des données de santé.</p>
Finalités de traitement et base juridique	<p>La passation, l’exécution, la gestion des contrats d’assurance et adhésions, à la gestion de la relation clients et au respect des obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.</p> <p>Les données font également l’objet de traitements de lutte contre le blanchiment d’argent et le financement du terrorisme et contre la fraude à l’assurance par l’<i>assureur</i> et ses partenaires et pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la réglementation. La lutte contre la fraude à l’assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.</p> <p>L’amélioration des produits (recherche et développement) et l’établissement de statistiques et de tests et de prospection.</p> <p>Vérification que les données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour.</p> <p>L’accès aux données personnelles est strictement limité aux personnes qui en ont besoin dans l’exercice de leurs fonctions.</p>
Communication de nature commerciale et bases juridiques	<p>L’<i>assureur</i> pourra adresser des messages de nature commerciale et de prospection par courriel à l’adresse e-mail transmise notamment à cet effet par la personne concernée. Un accord préalable n’est pas, au regard de la réglementation applicable, obligatoire dès lors que la communication concerne des services analogues au sens notamment de l’article L. 34-5 du Code des postes et communications électroniques.</p> <p>La personne concernée peut au moment de la mise en place de l’assurance et après à tout moment, sans formalité particulière et gratuitement, s’opposer à l’utilisation de ces données pour des communications commerciales en adressant un courrier à l’adresse suivante : MAPA Mutuelle d’Assurance – Mutuelle d’Assurance de la Boulangerie – Service Qualité Client – 1, rue Anatole-Contré – BP 60037 – 17411 Saint-Jean-d’Angély CEDEX.</p> <p>Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur une liste d’opposition au démarchage téléphonique.</p>
Durée de conservation	<p>Les données personnelles sont conservées pendant la durée nécessaire aux opérations pour lesquelles elles ont été collectées puis pour la durée de la prescription légale.</p>
Transfert des données	<p>Les données personnelles collectées peuvent être transmises à des partenaires de l’<i>assureur</i>, dont les souscripteurs, intervenant dans le cadre des finalités décrites ci-avant aux autorités ainsi qu’à des tiers lorsque l’exécution des opérations d’assurance ou services de l’<i>assureur</i> le requiert, ce en tout ou en partie. Le consentement de la personne concernée vaut pour la communication vers des pays non-membres de l’Union européenne. Dans ce cas, ces transferts sont réalisés en conformité avec les dispositions légales et réglementaires applicables. L’<i>assureur</i> a mis en place des garanties adéquates pour protéger les données à caractère personnel dans cette hypothèse.</p>

Droits de la personne concernée	<p>Toute personne dont les données ont été collectées peut à tout moment accéder à ses données, les faire rectifier, les effacer, demander leur traitement limité ou s'opposer à leur traitement, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité en précisant une adresse de retour et les références du produit à :</p> <p>MAPA Mutuelle d'Assurance – Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie – Service Qualité Client – 1, rue Anatole-Contré – BP 60037 – 17411 Saint-Jean-d'Angély CEDEX. Une réponse sera adressée sous deux (2) mois.</p> <p>Sous certaines conditions, la personne concernée peut récupérer ou faire transférer ses données automatisées. Elle peut, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Cnil : 3 Place de Fontenoy, 75007 Paris.</p> <p>Ces droits s'éteignent au décès de la personne concernée. Celle-ci peut toutefois définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel dans ce cas. Ces directives sont générales ou particulières. En l'absence de directives ou de mention contraire dans lesdites directives, les héritiers exercent tout droit afférent aux données concernées.</p> <p>Pour mieux connaître ces droits, il est possible de consulter sur le site de la CNIL (www.cnil.fr/fr/comprendre-vos-droits).</p>
Délégué à la protection des données	<p>Délégué à la protection des données (DPD) MAPA Mutuelle d'Assurance – Délégué à la protection des données – 1 rue Anatole Contré – BP 60037 – 17411 Saint-Jean-d'Angély CEDEX – E-Mail : bal.qualite@mapa-assurances.fr</p> <p>Cette personne peut être contactée directement pour toute réclamation ou information.</p>
Refus de communiquer	<p>La signature de la proposition d'assurance Prévoyance vaut consentement au traitement des données personnelles. Le refus de communiquer les données personnelles demandées peut empêcher l'établissement de relations contractuelles.</p>



MAPA-MAB VIE - Société Anonyme au capital de 6 000 000 euros entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des assurances - Immatriculée sous le numéro 852 204 171 au RCS de Saintes - Siège social : 1 rue Anatole Contré, 17400 Saint-Jean-d'Angély.

MAPA Mutuelle d'Assurance - Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables - Entreprise régie par le Code des Assurances - Immatriculée au Répertoire National des Entreprises sous le numéro SIREN 775 565 088 - Siège social : 1 rue Anatole Contré, 17400 Saint-Jean-d'Angély.

Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie - Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables - Entreprise régie par le Code des assurances - Immatriculée au Répertoire National des Entreprises sous le numéro SIREN 784 647 273 - Siège social : 27 avenue d'Eylau, 75016 Paris.