

Comment remplir votre demande de souscription PREVOYANCE VIE ?

FINAREF

Assurances

Suivez les 4 étapes :

1ère étape :

Imprimez ce dossier de souscription, il comprend :

- La demande de souscription
- L'autorisation de Prélèvement
- Les conditions générales valant notice d'information
- L'extrait de la convention d'assistance valant notice d'information.

2ème étape :

Prenez connaissance des notices d'information et de la demande de souscription.

3ème étape :

Complétez lisiblement votre demande de souscription, **sans oublier de dater et signer**. Pour cela suivez les instructions ci-dessous :

Nota : Toutes les réponses sont obligatoires.

LE SOUSCRIPTEUR

Indiquez ici lisiblement les coordonnées du souscripteur.

LE 2ÈME ASSURÉ

Indiquez ici lisiblement les coordonnées du 2ème assuré qui peut être toute personne souhaitant être assurée sur le même contrat que le souscripteur. La personne désignée comme 2ème assuré bénéficiera d'une réduction de 20 % sur sa cotisation.

LES GARANTIES

Les 1er et 2ème assurés choisissent personnellement leur option et cochent la case correspondante.

LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

Désignez ici le ou les bénéficiaires des capitaux. S'il ne s'agit ni de votre conjoint(e), ni de vos héritiers directs, indiquez ici lisiblement ses (leurs) nom, prénom, date et lieu de naissance. Les capitaux peuvent être versés à la personne de votre choix, membre de votre famille ou non.

LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Répondez à ce questionnaire simplifié. Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de l'envoyer, ainsi que tous documents complémentaires sur votre état de santé, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de Finaref Vie, en rappelant vos coordonnées.

LE MODE DE RÈGLEMENT

Ne payez rien aujourd'hui mais choisissez dès maintenant votre mode de paiement. Si vous optez pour le prélèvement automatique, joignez un RIB et l'autorisation de prélèvement dûment complétée.

DATE ET SIGNATURES

Les personnes qui souhaitent s'assurer datent et signent à l'endroit indiqué.

4ème étape :

Envoyez-nous l'exemplaire dans une enveloppe affranchie à l'adresse suivante :
FINAREF VIE - BP 90087 - 59052 ROUBAIX CEDEX 1

FINAREF ASSURANCES - S.A.S. au capital de 264 586 EUR - Société de courtage d'assurances.
Siège social : 6, rue Emile Moreau - 59100 Roubaix - 322 150 269 R.C.S. ROUBAIX-TOURCOING

Garantie Financière et Assurance Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des Assurances

DEMANDE DE SOUSCRIPTION PREVOYANCE VIE

FINAREF
Assurances

A retourner sous enveloppe affranchie à l'adresse suivante : FINAREF VIE - BP 90087 - 59052 ROUBAIX CEDEX 1

OUI, je désire souscrire Prévoyance Vie qui garantit le versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie survenant avant l'âge de 80 ans.

33252

PERSONNES A ASSURER ET GARANTIES CHOISIES

SOUSCRIPTEUR : 1^{er} ASSURÉ

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance* : [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse :

Code postal : [] [] [] [] [] [] Ville :

Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

* Age maximum à la souscription : 65 ans

2^{ème} ASSURÉ

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance* : [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse :

Code postal : [] [] [] [] [] [] Ville :

Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

* Age maximum à la souscription : 65 ans

-20%
Sur la cotisation
du 2^{ème} assuré

01/06

Je choisis mes garanties (cochez la case correspondante):

	<input type="checkbox"/> Option 1	<input type="checkbox"/> Option 2	<input type="checkbox"/> Option 3	<input type="checkbox"/> Option 4
Capital décès/PTIA* suite à un accident de la route	15 000 €	30 000 €	60 000 €	120 000 €
Capital décès/PTIA* autres causes	7 500 €	15 000 €	30 000 €	60 000 €

*PTIA =Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Je désigne les bénéficiaires du capital en cas de décès :

Je souhaite que les capitaux dûs par Finaref Vie soient versés à mon conjoint à la date du décès, à défaut à mes enfants vivants ou représentés par parts égales, à défaut à mes héritiers par parts égales.

J'annule la désignation ci-dessus et demande que les capitaux soient versés à :

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] à

Adresse :

Code postal : [] [] [] [] [] [] Ville :

à défaut à mes héritiers par parts égales.

(Si vous souhaitez désigner plusieurs bénéficiaires,veuillez nous indiquer leurs coordonnées sur papier libre joint).

Je choisis mes garanties (cochez la case correspondante):

	<input type="checkbox"/> Option 1	<input type="checkbox"/> Option 2	<input type="checkbox"/> Option 3	<input type="checkbox"/> Option 4
Capital décès/PTIA* suite à un accident de la route	15 000 €	30 000 €	60 000 €	120 000 €
Capital décès/PTIA* autres causes	7 500 €	15 000 €	30 000 €	60 000 €

*PTIA =Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Je désigne les bénéficiaires du capital en cas de décès :

Je souhaite que les capitaux dûs par Finaref Vie soient versés à mon conjoint à la date du décès, à défaut à mes enfants vivants ou représentés par parts égales, à défaut à mes héritiers par parts égales.

J'annule la désignation ci-dessus et demande que les capitaux soient versés à :

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] à

Adresse :

Code postal : [] [] [] [] [] [] Ville :

à défaut à mes héritiers par parts égales.

(Si vous souhaitez désigner plusieurs bénéficiaires,veuillez nous indiquer leurs coordonnées sur papier libre joint).

QUESTIONNAIRE DE SANTE

(cochez les cases correspondantes)	1 ^{er} assuré		2 ^{ème} assuré	
	OUI	NON	OUI	NON
Suivez-vous un traitement médical (médicaments,soins, hospitalisation) ou un traitement médical est-il prévu ? Si oui, précisez le ou lesquels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'uneAffection de Longue Durée (ALD) ? Si oui, précisez laquelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail pour raison de santé, pendant plus de 20 jours consécutifs au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un résultat positif à un test HIV ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre poids ?	Kg		Kg	
Votre taille ?	cm		cm	

Vous avez la possibilité de joindre ce questionnaire de santé ainsi que tous documents complémentaires sur votre état de santé, sous pli confidentiel en rappelant vos coordonnées, à l'attention du médecin conseil de Finaref Vie.

Je bénéficie d'un mois de cotisation GRATUIT. Je ne paie rien aujourd'hui mais j'indique dès maintenant mon mode de règlement :

paiement mensuel par carte Kangourou N°0101 [] [] [] [] [] [] [] [] (si vous en possédez une)

prélèvement automatique sur mon compte bancaire ou postal (Je joins mon RIB et l'autorisation de prélèvement ci-jointe dûment complétée)

Les personnes à assurer reconnaissent préalablement à la souscription, avoir pris connaissance, accepter et être restées en possession du barème des cotisations, des conditions générales d'assurance qui précisent notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation et de l'extrait de la convention d'assistance. Elles certifient que les renseignements fournis sur la présente demande sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une fausse déclaration ou réticence intentionnelle de leur part entraînerait la nullité du contrat, conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

Date :

Signature du souscripteur :

Signature du 2ème assuré :

Ces informations, objet d'un traitement informatique, sont indispensables à la prise en compte de votre demande. L'assuré en autorise la communication à des fins de gestions et/ou commerciales à Finaref Risques Divers, ses partenaires contractuels et les autres sociétés des groupes PPR et Crédit Agricole, sauf opposition écrite dans les conditions prévues dans la notice d'information ci-jointe. Ces informations donnent lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi informatique et libertés.

Finaref Vie - Entreprise régie par le Code des Assurances - SA au capital de 1 600 000 EUR entièrement versé - 325 677 771 RCS ROUBAIX-TOURCOING

Siège social : 110, rue de Blanchemaille - 59100 ROUBAIX

Europ Assistance France - S.A. au capital de 14 760 000 EUR - 403 174 903 RCS NANTERRE - Siège social : 1, promenade de la Bonnette - 92230 GENNEVILLIERS

Autorisation de Prélèvement PREVOYANCE VIE

FINAREF
Assurances

Comment remplir votre Autorisation de Prélèvement ?

- 1 Remplissez les informations du titulaire du compte : attention celles-ci doivent être identiques à celles du RIB que vous devez joindre.
- 2 Indiquez le compte à débiter. Vous trouverez cette information sur votre RIB.
- 3 Remplissez le nom et l'adresse de votre banque (vous trouverez cette information sur votre RIB).
- 4 Important : signez et datez, puis joignez-la aux autres documents à envoyer par courrier.

Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1er avril 1980 de la Commission Informatique et Liberté.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur ci dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent avec l'établissement émetteur.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
390 173

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMETTEUR
**FINAREF VIE
110, RUE BLANCHEMAILLE
59100 ROUBAIX**

1 NOM PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE
NOM
PRENOMS
N° RUE
C POSTAL VILLE

2 COMPTE A DEBITER
code
Etablissement Guichet N° de compte CIÈ RIB

3 NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
NOM
N° RUE
C POSTAL

4 Date :
Signature :

Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1er avril 1980 de la Commission Informatique et Liberté.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'établissement émetteur ci dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différent avec l'établissement émetteur.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
390 173

NOM PRENOMS ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

NOM
PRENOMS
N° RUE
C POSTAL VILLE

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT EMETTEUR

**FINAREF VIE
110, RUE BLANCHEMAILLE
59100 ROUBAIX**

COMPTE A DEBITER

code
Etablissement Guichet N° de compte CIÈ RIB

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

NOM
N° RUE
C POSTAL

Date :
Signature :

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

FINAREF
Assurances

Le contrat PREVOYANCE VIE offre à l'assuré les garanties d'assurance décrites ci-après ainsi que les garanties d'assistance mentionnées dans les extraits de la convention d'assistance jointe en annexe.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

PREAMBULE

Les présentes conditions générales, de nature commerciale, sont valables sans limitation de durée sous réserve d'acceptation de la souscription par l'assureur.

L'assureur et le courtier d'assurance distributeur du présent contrat font partie du groupe FINAREF.

La langue française est utilisée pour le présent contrat.

LEXIQUE

"1^{er} assuré" : souscripteur du contrat, désigné aux conditions particulières. A la souscription du contrat, il doit être majeur, âgé de moins de 66 ans, résider en France et répondre aux conditions d'admission à l'assurance.

• **2^{ème} assuré** : toute personne qui souhaite être assurée sur le même contrat que le souscripteur et désignée aux conditions particulières. A la souscription du contrat, elle doit être majeure, âgée de moins de 66 ans, résider en France et répondre aux conditions d'admission à l'assurance.

• **Vous** : le 1^{er} assuré ou le 2^{ème} assuré pour ce qui concerne les garanties, le 1^{er} assuré pour les obligations relatives à la vie du contrat.

• **Nous** : Finaref Vie.

• **Accident** : atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie. Ne sont notamment pas considérés comme accident mais comme maladie les événements tels que : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie et autres affections similaires.

• **Accident de la route** : tout accident survenant quand l'assuré est conducteur ou passager d'un véhicule terrestre à moteur.

• **Perte totale et irréversible d'autonomie** : état de l'assuré, reconnu par le médecin conseil de Finaref Vie, le rendant définitivement incapable de se livrer à une occupation (notamment professionnelle) susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour exécuter les actes ordinaires de la vie courante, et ce, toute sa vie durant (invalidité de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale).

I - VOS GARANTIES

Les garanties telles qu'ici proposées le sont afin de couvrir, dans les conditions et limites du présent contrat, vos besoins de protection et ceux de vos proches en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

I-1. Quel est l'objet de votre contrat ?

PREVOYANCE VIE garantit le versement :

- d'un capital de base en cas de décès ou bien de perte totale et irréversible d'autonomie survenant pendant la période de garantie ;
- d'un capital supplémentaire quand le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie sont consécutifs à un accident de la route. Pour donner lieu à indemnisation au titre de ce capital supplémentaire, le décès doit intervenir pendant la période de garantie et dans les 12 mois suivant la date de l'accident de la route.

I-2. Quel est le montant des capitaux garantis ?

Le montant des capitaux garantis est indiqué, pour chaque assuré, dans vos conditions particulières.

I-3. A qui les capitaux sont-ils versés ?

Les capitaux sont versés :

- aux bénéficiaires que vous avez désignés dans vos conditions particulières, en cas de décès. Vous avez d'ailleurs la possibilité, en cours de contrat, de modifier les bénéficiaires désignés à la souscription sous réserve qu'ils n'aient pas préalablement accepté ledit bénéfice. Il suffit pour cela de nous envoyer une lettre indiquant les modifications souhaitées ;
- à vous-même, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Le versement des prestations en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin aux garanties en cas de décès, pour l'assuré concerné.

Les prestations sont versées dans les 15 jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives.

Néanmoins, en cas de décès suite à un événement garanti, nous pouvons faire l'avance d'une partie du capital de base (3 000 EUR) sur simple appel au 03 20 89 60 30, par l'envoi d'un chèque sous 2 jours ouvrés. Cette avance est possible si :

- le décès a lieu en France métropolitaine,
- les bénéficiaires sont nommément désignés au contrat,
- les bénéficiaires nous en font la demande.

L'avance est répartie entre les bénéficiaires au prorata de la répartition indiquée dans vos conditions particulières.

I-4. Quelle est l'étendue territoriale de vos garanties ?

Les garanties de PREVOYANCE VIE s'exercent dans le monde entier. Toutefois, le paiement du capital s'effectuera en France et en Euros.

I-5. Quels sont les événements non garantis ?

Sont exclus de votre garantie, les événements :

- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré au cours de la première année de contrat ; de l'usage, par l'assuré, de drogues, stupéfiants ou médicaments non prescrits médicalement ;
- causés par :
 - le fait intentionnel ou dolosif de l'assuré,
 - une guerre civile ou étrangère (sauf législation contraire), ou la participation à des actions ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens, à un duel, à une rixe (sauf cas de légitime défense),
 - une explosion atomique ou les effets directs ou indirects de la radioactivité ;
- survenant lorsque l'assuré :
 - pratique un sport à titre professionnel,
 - pratique un sport aérien, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, de l'alpinisme, un sport comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou engin à moteur,
 - pilote un avion,
 - conduit un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur ;
 - se trouve en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise d'un état alcoolique constaté par un taux d'alcoolémie pour lequel il est susceptible de faire l'objet d'une sanction pénale.

II - LA VIE DE VOTRE CONTRAT

II-1. Quand et pour combien de temps votre contrat est-il conclu et prend-il effet ?

- Votre contrat est conclu et prend effet à la date d'enregistrement de votre demande de souscription, sous réserve de l'acceptation médicale effectuée par nous sur la base des réponses que vous avez faites au questionnaire de santé figurant sur cette demande. Cette date est indiquée dans vos conditions particulières.
- Votre contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de la date d'effet. Il se renouvellera ensuite par tacite reconduction, d'année en année, à chaque échéance anniversaire, sans intervention de votre part.

II-2. Pouvez-vous renoncer à votre contrat ?

Vous disposez d'une faculté de renonciation de 30 jours à compter de la date de conclusion du contrat, période pendant laquelle vous bénéficiez néanmoins gratuitement de vos garanties.

A l'issue de ce délai, vous disposez encore de 30 jours à compter du paiement de la première cotisation pour demander à renoncer à votre contrat.

Pour ce faire, merci de nous adresser une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée selon le modèle suivant : « Madame, Monsieur, je vous informe par la présente de mon souhait de renoncer à mon contrat Prévoyance Vie n°XXX. Date. Signature ».

Vos garanties prendront alors rétroactivement fin dès réception de votre lettre recommandée et vous serez alors remboursé de l'intégralité des cotisations éventuellement réglées, déduction faite des prestations déjà versées par nous.

II-3. Quel est le montant de vos cotisations ?

Le montant de vos cotisations à la date d'effet de votre contrat est fonction du montant de capital souscrit par chaque assuré, de la tranche d'âge dans laquelle chaque assuré se situe à cette date. D'autre part, en fonction de vos réponses au questionnaire de santé, le montant de vos cotisations pourra être majoré. Le montant de cette majoration vous sera communiqué avant l'émission de votre contrat. Le montant de vos cotisations à la date d'effet de votre contrat est indiqué dans vos conditions particulières.

Il évolue ensuite en fonction de la tranche d'âge atteinte par chacun des assurés aux échéances anniversaires du contrat. Les tranches d'âge sont les suivantes : 18-30 ans, 31-40 ans, 41-45 ans, 46-50 ans, 51-55 ans, 56-60 ans, 61-65 ans, 66-70 ans, 71-75 ans, 76-80 ans.

II-4. Quels sont les modes de paiement de vos cotisations ?

Vos cotisations sont payables mensuellement, d'avance, le 5 de chaque mois :

- soit par prélèvement automatique sur votre compte bancaire ou postal domicilié en France ;
- soit par imputation automatique sur la carte de paiement mentionnée dans vos conditions particulières. Dans ce cas, le paiement des cotisations mensuelles reste soumis aux conditions d'utilisation de la carte, telles que définies par l'organisme financier. En cas de refus de paiement des cotisations mensuelles par cet organisme, Finaref Vie vous avertira et vous proposera un nouveau moyen de paiement.

Vous pouvez à tout moment modifier votre mode de règlement.

II-5. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de vos cotisations ?

Si une cotisation mensuelle n'était pas payée dans les 10 jours suivant la date de son échéance, Finaref Vie vous préviendrait, par lettre recommandée de mise en demeure, des conséquences du non-paiement de vos cotisations mensuelles.

Si 40 jours après l'envoi de cette lettre, les cotisations mensuelles échues ou à échoir dans ce délai n'étaient toujours pas payées **dans leur intégralité**, votre contrat PREVOYANCE VIE serait résilié automatiquement et sans frais.

II-6. Dans quels cas vos garanties cessent-elles ?

- Les garanties cessent à l'échéance anniversaire qui suit le 80^{ème} anniversaire de l'assuré.
- Résiliation du contrat par vous :
 - vous pouvez, par simple lettre envoyée à l'adresse indiquée ci-après, mettre fin à tout moment à votre contrat. Celui-ci cessera le 5 du mois suivant la dernière échéance payée.
- Résiliation du contrat par nous :
 - en cas de non-paiement des cotisations,
 - en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription ou en cours de contrat.

II-7. Que faut-il faire pour percevoir les prestations ?

Le règlement des capitaux interviendra dans les 15 jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives et l'accord des parties. Il faut nous adresser les pièces suivantes :

- dans les trois mois suivant la survenance du décès :**
 - le questionnaire médical qui sera fourni par Finaref Vie, à remplir par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès,
 - un extrait de l'acte de décès,
 - un acte de notoriété si nécessaire ;
- dans les trois mois suivant la perte totale et irréversible**

d'autonomie :

- l'attestation médicale d'invalidité qui sera fournie par Finaref Vie, à remplir par le médecin traitant,
- la notification de mise en invalidité 3^e catégorie pour les assujettis à la Sécurité Sociale et, pour les non assujettis, toutes pièces attestant l'invalidité émanant d'un organisme compétent ;

• en outre, si le décès ou l'invalidité sont consécutifs à un accident, dans les 15 jours suivant l'accident :

- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
 - les preuves de l'accident (comme par exemple : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de journaux),
 - un certificat médical mentionnant les conséquences du dommage corporel subi (perte totale et irréversible d'autonomie, décès).
- Ces documents peuvent être adressés sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Finaref Vie.

Si nécessaire, Finaref Vie peut demander tout renseignement ou justificatif complémentaire ou faire effectuer à ses frais tout examen médical par un médecin indépendant.

En cas de refus de votre part de vous soumettre à un examen médical ou dès notre notification de demande d'examen médical, le versement des prestations sera suspendu.

II-8. Examen des réclamations

Toute réclamation concernant le contrat peut être exercée à l'adresse de Finaref Vie. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours interne ont été épuisées, vous pouvez solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (F.F.S.A.), personne indépendante de Finaref Vie. Les conditions d'accès à ce Médiateur sont disponibles sur simple demande auprès de nous.

II-9. Généralités

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption.

La prescription est portée à dix ans lorsque les bénéficiaires sont des personnes distinctes du souscripteur (article L 114-1 du Code des Assurances).

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

L'autorité chargée du contrôle de Finaref Vie est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles : 54, rue de Châteaudun, 75009 PARIS.

II-10. Loi Informatique et Libertés

L'assuré est expressément informé de l'existence et déclare accepter le traitement automatisé des informations nominatives et personnelles recueillies auprès de lui par Finaref Vie dans le cadre de son contrat ainsi qu'en cours de gestion de celui-ci. Il lui est expressément rappelé que, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la fourniture de ces informations est obligatoire car nécessaire à l'obtention de ses garanties ainsi qu'à la gestion de son contrat. Ces informations sont destinées exclusivement à Finaref Vie (et à ses mandataires) pour les besoins de la gestion du contrat, à leurs partenaires contractuels concourant à la réalisation de cette gestion ainsi, le cas échéant, qu'aux autorités de tutelle. Le souscripteur accepte expressément, sauf opposition formelle de sa part, que tout ou partie de ces informations soient également exploitées à des fins de prospection commerciale et d'exploitation marketing par :

- Finaref Vie, ses partenaires contractuels, la société Finaref ainsi que les entités et les sociétés contrôlées par cette dernière au sens de l'article L. 233-1 du Code de Commerce,
- l'ensemble des autres sociétés du Groupe Pinault-Printemps-Redoute à raison des seules informations nominatives relatives à l'identification de l'assuré.

L'assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification ou de suppression des informations le concernant figurant dans les fichiers de Finaref Vie. Il dispose en outre, comme indiqué ci-dessus, de la faculté de s'opposer à leur utilisation à des fins commerciales, en contactant Finaref Vie par courrier recommandé avec accusé de réception adressé à son siège social.

EXTRAITS DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

PREAMBULE

La présente convention d'assistance constitue les conditions générales des garanties d'assistance PREVOYANCE VIE. Elle détermine les prestations qui sont garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE FRANCE à tous les assurés couverts au titre du contrat d'assurance PREVOYANCE VIE par FINAREF VIE.

FINAREF VIE a confié la mise en œuvre des prestations d'assistance à EUROP ASSISTANCE FRANCE, société régie par le Code des Assurances, dont le siège social se trouve 1 promenade de la Bonnette – 92230 GENNEVILLIERS.

RÈGLES À OBSERVER IMPÉRATIVEMENT EN CAS D'ASSISTANCE

Pour nous permettre d'intervenir il est nécessaire :

- de joindre sans attendre **FINAREF ASSISTANCE** au numéro de téléphone qui vous sera communiqué avec votre contrat,
- de nous communiquer : votre nom et prénom, votre numéro de contrat **PREVOYANCE VIE**,
- d'obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- de se conformer aux solutions que nous préconisons,
- de nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

MISE EN ŒUVRE DU SERVICE

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9h00 à 19h30.

OBJET DE LA GARANTIE

Dans les conditions d'assistance définies ci-après, la présente convention d'assistance garantit les préjudices en cas de décès d'un assuré. L'intervention d'EUROP ASSISTANCE FRANCE est soumise à la condition expresse que le décès soit survenu entre le jour de prise d'effet du contrat d'assurance PREVOYANCE VIE et sa résiliation.

1. DÉFINITIONS ET DOMAINE D'APPLICATION DE LA GARANTIE

1.1. Nous

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par EUROP ASSISTANCE FRANCE, désignée par le terme «nous».

1.2. Les personnes bénéficiant de la garantie - Vous

- Le 1^{er} et 2^{ème} assurés désignés aux conditions particulières du contrat d'assurance PREVOYANCE VIE, pour les prestations suivantes : «Transport/Rapatriement de corps, Service d'informations»
- Les ayants droit désignés au contrat, le conjoint ou le concubin de l'assuré, les enfants de l'assuré de moins de 25 ans, à charge fiscale et vivant sous le même toit pour les prestations suivantes : «Présence d'un proche, Retour des accompagnants, Service d'informations, Mise en relation avec un prestataire agréé, Assistance psychologique» ayant leur domicile en France métropolitaine ou Principauté de Monaco.

1.3. Domicile

Par domicile, on entend le lieu de résidence principal et habituel de l'assuré, situé en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

1.4. France

France métropolitaine et Principauté de Monaco.

1.5. Etranger

Les pays désignés au paragraphe «Etendue territoriale et nature des déplacements couverts» hors France métropolitaine et Principauté de Monaco.

1.6. Etendue territoriale et nature des déplacements couverts

Les prestations «Transport/Rapatriement de corps, Présence d'un proche et Retour des accompagnants» s'appliquent en France, en cas de décès à plus de 50 km du domicile et à l'étranger, à l'occasion de déplacements privés d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs, dans le monde entier, à l'exclusion des pays en état de guerres (Algérie, Afghanistan, Rwanda, Somalie, Timor Oriental...) civiles ou étrangères, instabilité politique notoire ou subsistant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure.

Les autres prestations s'appliquent en France uniquement.

1.7. Date d'effet et durée de validité

La présente convention d'assistance prend effet à la date d'effet du contrat PREVOYANCE VIE garanti par FINAREF VIE, pour la même durée que ledit contrat d'assurance. Elle cesse de ce fait et est résiliée aux mêmes dates et dans les mêmes conditions que le contrat d'assurance.

2. ASSISTANCE AUX PERSONNES

2.1. Décès d'un assuré survenu à plus de 50 km du domicile

2.1.1. Transport / Rapatriement de corps

Si l'assuré décède au cours d'un déplacement, nous organisons et prenons en charge le transport du corps jusqu'au lieu des obsèques en France. Nous prenons également en charge les frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport, et participons aux frais de cercueil jusqu'à concurrence de 500 Euros.

Les autres frais (notamment frais de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est de notre ressort exclusif.

2.1.2. Présence d'un proche en cas de décès d'un assuré à plus de 50 km du domicile

Si l'assuré décède à plus de 50 km de son domicile, et si la présence d'un bénéficiaire (au sens du paragraphe 1-2), membre de la famille sur place est indispensable afin d'effectuer les démarches administratives consécutives au décès :

- nous organisons et prenons en charge le voyage aller / retour de ce bénéficiaire désigné par la famille et résidant en France, par train 1^{ère} classe ou avion de ligne en classe économique lorsque seul ce moyen peut être utilisé, afin de se rendre sur le lieu du décès ;
- nous prenons en charge le séjour de cette personne à l'hôtel (chambre et petit déjeuner) à concurrence de 50 Euros par nuit pendant 2 nuits maximum.

La prestation «Présence d'un proche» n'est pas cumulable avec la prestation «Retour des accompagnants».

2.1.3. Retour des accompagnants

Si les personnes bénéficiaires (au sens du paragraphe 1-2) accompagnant le défunt ne peuvent revenir par les moyens initialement prévus, nous organisons et prenons en charge leur retour par train 1^{ère} classe ou avion de ligne en classe économique.

Ces personnes effectueront elles-mêmes les démarches leur permettant de se faire rembourser leur titre de transport. La somme ainsi récupérée nous sera versée dans les meilleurs délais.

La prestation «Retour des accompagnants» n'est pas cumulable avec la prestation «Présence d'un proche».

2.2. Service d'informations relatives au décès

Sur simple appel téléphonique de 9h00 à 19h30, sauf dimanche et jours fériés, nous vous communiquons les informations dans les domaines suivants : choisir sa sépulture, de la déclaration de décès aux obsèques, le règlement de la succession.

Ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques.

Selon les cas, nous vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de vous répondre.

Dans le cas où des recherches approfondies sont nécessaires et si nous ne pouvons vous donner immédiatement la réponse, nous vous rappelons dans les meilleurs délais.

2.3. Mise en relation avec un prestataire agréé

Sur simple appel téléphonique de 9h00 à 19h30, sauf dimanche et jours fériés, nous vous mettons en relation avec un prestataire agréé (pompes funèbres).

Les honoraires de ces prestations ne sont pas pris en charge.

3. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

3.1. En cas de décès

3.1.1. Assistance psychologique

Suite au décès d'un assuré, nous mettons à la disposition des bénéficiaires (au sens du paragraphe 1-2), 24 heures sur 24 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique leur permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, permettront au bénéficiaire de se confier et de clarifier la situation à laquelle il est confronté suite à ce décès.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

En fonction de la situation du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez lui, un psychologue diplômé d'état.

Nous assurerons l'organisation du rendez-vous de cette première consultation et prendrons en charge le coût de celle-ci et des 4 consultations suivantes si nécessaire.

4. EXCLUSIONS

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Sont exclus :

- les frais engagés sans notre accord ou non expressément prévus par la Convention,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement,
- le dommage résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère,
- les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais), lorsque le bénéficiaire y participe en tant que concurrent,

- les conséquences des incidents survenus au cours de la pratique d'un sport professionnel, d'un sport aérien, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, de l'alpinisme, de la pratique du pilotage d'un avion,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part de l'assuré ou les conséquences d'actes dolosifs,
- le suicide ou la tentative de suicide au cours de la 1ère année de contrat,
- les dommages survenus à l'assuré se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.

5. CAS D'EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ ET CAS DE FORCE MAJEURE

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services et ne peut donner lieu à aucun remboursement.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations en cas de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires au transport de l'assuré à l'intérieur ou hors du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé, ni des retards dans l'exécution résultant des mêmes causes.

6. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des Assurances, EUROPE ASSISTANCE FRANCE est subrogé à concurrence des indemnités payées et des services fournis dans vos droits et actions ou ceux de votre représentant contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

Dans le cas où il s'avérerait a posteriori que nous aurions été amenés à déclencher une intervention alors que vous n'étiez plus ou pas assuré, les frais engagés vous seraient refacturés, de même si vous aviez volontairement fourni de fausses informations sur les causes vous amenant à demander notre intervention, alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à notre intervention.

7. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des Assurances, toute action dérivant de la présente convention est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

8. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 54 rue de Châteaudun - 75009 PARIS.

Pour toute question relative à votre contrat, n'hésitez pas à nous joindre au
03 20 89 60 30.

Vous souhaitez nous envoyer un courrier, adressez-le à :

FINAREF VIE

BP 90087 - 59052 ROUBAIX CEDEX 1

Le souscripteur est informé qu'à sa demande, la liste des compagnies d'assurance avec lesquelles travaille le courtier d'assurance peut lui être communiquée.

FINAREF ASSURANCES - S.A.S. au capital de 264 586 EUR - Société de courtage d'assurances
Siège social : 6, rue Emile Moreau - 59100 Roubaix - 322 150 269 RCS ROUBAIX-TOURCOING

Garantie Financière et Assurance Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L512-6 et L512-7 de Code des Assurances.

FINAREF VIE - Entreprise régie par le Code des Assurances.

S.A. au capital de 1 600 000 EUR entièrement versé. 325 677 771 RCS ROUBAIX-TOURCOING

Siège social : 110, rue de Blanchemaille - 59100 Roubaix

EUROPE ASSISTANCE FRANCE - S.A. au capital de 14 760 000 EUR - 403 174 903 RCS NANTERRE

Siège social : 1, promenade de la bonnette - 92230 Gennevilliers