

**VOTRE CONTACT**

AGENCE HERIC  
1 R DE LA FORET  
44810 HERIC

Tél : 02 40 57 62 73

M. DROUET FELIX  
LA TOURNERIE  
44810 HERIC

**VOS COORDONNEES**

Tél : 06.35.66.36.90

Email : felixdrouet@gmail.com

**Vos références :** 04 111 422 Y / 04 111 422 Y 4002

**VOS CONDITIONS PERSONNELLES**

**Capital Santé**

Le présent contrat est conclu entre d'une part la Caisse Locale Groupama de HERIC, Groupama Gan Vie pour les garanties décès, la Caisse Régionale pour les garanties arrêt de travail et invalidité, et d'autre part : M. DROUET FELIX

Date de prise d'effet des garanties : 07/04/2016

**LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS AVEZ COMMUNIQUÉES**

**VOS INFORMATIONS GENERALES**

Nom	DROUET
Prénom	FELIX
Date de naissance	06/04/1988
Profession	SALARIE AUTRES SERVICES
Situation familiale	CELIBATAIRE
Qualité	CHEF DE FAMILLE
Régime social	1 - REGIME GENERAL

## LES GARANTIES QUE VOUS AVEZ CHOISIES

**Indice à la souscription : AGI (POINT AGIRC), soit 0.435**

### VOTRE PROTECTION EN CAS D'INVALIDITE

		MONTANT GARANTI	SEUIL D'INTERVENTION
Capital invalidité accident/maladie	Oui	30 000,00 €	15 % INVALIDITE

### VOTRE PROTECTION EN CAS DE DECES

		MONTANT GARANTI	
Capital décès accident/maladie	Oui	30 000,00 €	

### VOS AUTRES GARANTIES

		MONTANT GARANTI	
Frais de recherche	Oui	(2)	

(2) Dans la limite du montant indiqué dans le tableau des Garanties et des Franchises

**Groupama Loire Bretagne** – Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles de Bretagne - Pays de la Loire

Adresse Postale : Groupama Loire Bretagne - CP Signées – TSA 45006 – 35912 RENNES Cedex 9

Siège Social : 23, Boulevard Solférino – CS51209 - 35012 Rennes Cedex

**Groupama Gan Vie** – Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z

Siège social : 8/10 rue d'Astorg, 75008 Paris – Entreprise régie par le Code des Assurances

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61 rue Taitbout 75009 Paris

groupama-fil@groupama-loire-bretagne.fr – groupama.fr



Coût d'un appel local  
ou gratuit selon  
votre abonnement

## VOS CLAUSES PARTICULIÈRES

POUR L'ASSURE M DROUET FELIX NE LE 06/04/1988 :

### ÿ **SANS OPTION DOUBLEMENT TRIPLEMENT - DECES**

Vous n'avez pas choisi l'option doublement du capital en cas d'accident et triplement du capital en cas d'accident de la circulation.  
Cette clause concerne la garantie Décès.

### ÿ **CESSATION DE (S) GARANTIE (S)**

La(Les) garantie(s) ainsi que le versement des prestations éventuellement en cours cessent à l'échéance qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré.  
Si celui-ci fait valoir ses droits à la retraite avant cet âge, la(les) garantie(s) ainsi que le versement des prestations éventuellement en cours cessent à la date à laquelle la pension de vieillesse prend effet.

Cette clause s'applique uniquement aux garanties 'Arrêt de travail', 'Invalidité', 'Décès', 'Frais de recherche' et 'Assistance prévoyance des professionnels'.

AINSI QUE :

POUR L'ASSURE M DROUET FELIX NE LE 06/04/1988 :

DROUET SOIZIC, NEE LE 01/08/1990 DEMEURANT 6 RUE DE LA CHAUSSEE 29420  
PENZE PLOUENAN A DEFAUT LES HERITIERS DE L'ASSURE.

## VOTRE COTISATION

**Votre cotisation annuelle s'élève à un montant TTC de 152,38 €, dont 8,37 € de taxes.**

Cette cotisation tient compte de :  
- 50 euros de réduction jusqu'au 3ème contrat

**La cotisation de la première année s'élève à : 86,57 € TTC (pour la période du 07/04/2016 au 31/10/2016).**

**Cette cotisation est exigible intégralement à l'échéance du contrat et payable par fraction selon l'échéancier convenu. Le fractionnement prendra fin de plein droit en cas de non paiement d'une fraction de cotisation à la date fixée.**

Vous avez choisi de régler votre cotisation en ANNUEL PAR PRELEVEMENT.

## LES INFORMATIONS DU SOUSCRIPTEUR

En signant votre certificat d'adhésion, page suivante, vous reconnaissez avoir pris connaissance des informations suivantes :

### INFORMATIQUE ET LIBERTES :

Protection des données personnelles :  
Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'Assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la souscription et à la gestion de votre contrat et de vos garanties. Elles sont destinées à votre conseiller et aux services de l'assureur de chacune de vos garanties (Assurance, Banque et services) selon dispositions prévues aux conditions générales ou notice d'information de votre contrat. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais à vos informations, en vous adressant par courrier accompagné de la photocopie de votre pièce d'identité auprès de l'Assureur à l'adresse portée au présent document ou par le biais du site [www.groupama.fr](http://www.groupama.fr).

### Traitement des réclamations

En cas de réclamation (désaccord ou mécontentement) relatif à votre contrat, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou au siège de votre Caisse régionale dont les coordonnées figurent sur vos conditions personnelles. Si cette demande n'est pas satisfaite, votre réclamation peut être adressée au service « réclamations » de votre Caisse régionale dont les coordonnées figurent sur vos conditions personnelles. Nous nous engageons à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les deux mois au plus. Si tel n'est pas le cas, vous en serez informé. En dernier lieu, vous pouvez recourir au Médiateur Groupama en écrivant 5/7 Rue du Centre 93199 Noisy le Grand, sans préjudice de votre droit de saisir éventuellement la justice.

### Votre droit à renonciation

Vous pouvez renoncer à votre contrat Capital Santé pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception des présentes conditions personnelles, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée au siège de la Caisse Régionale Groupama, dont l'adresse figure sur les présentes conditions personnelles, selon le modèle de lettre ci-après :

*"Je soussigné (nom, prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon contrat d'assurance Capital Santé émis le (date) sous le n° (n° de contrat) et demande le remboursement des cotisations afférentes dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre.*

*Date et signature"*

La renonciation aux garanties prendra effet le lendemain à zéro heure de la date d'envoi de la présente lettre, le cachet de la poste faisant foi. Dès lors qu'une des garanties du contrat Capital Santé est mise en jeu, à l'exception des garanties décès toutes causes (maladie ou accident) pendant le délai de renonciation, vous ne pouvez plus bénéficier de votre faculté de renonciation pour ces garanties. Vous conservez en revanche votre droit à renonciation pour vos garanties Décès toutes causes (maladie ou accident).

Dans les conditions prévues à l'article L 132-5-2 du Code des assurances, l'exercice de la faculté de renonciation se prescrit par huit ans à compter de la date à laquelle vous êtes informé que le contrat est conclu, c'est-à-dire date à laquelle vous recevez vos conditions personnelles. Celles-ci sont considérées reçues sept jours calendaires après leur date d'envoi.

## CONCLUSION DE VOTRE CONTRAT

Vous certifiez que les réponses aux questions qui vous ont été posées, notamment dans la déclaration d'état de santé ou, le cas échéant, le questionnaire de santé et ayant permis d'établir le contrat sont sincères, exactes et complètes.

Vous reconnaissez avoir pris connaissance de votre droit à renonciation, objet de la clause figurant à la page précédente.

**Nous attirons votre attention sur le fait :**

- **que toute omission, réticence ou déclaration fautive ou inexacte est de nature à entraîner l'application de la nullité du contrat en vertu des articles L113-8 et L132-26 du Code des assurances, ou selon le cas, les sanctions prévues à l'article L113-9 et à l'article L132-26 du même code,**
- **que vous devez déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit l'aggravation des risques soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur (art. L113-2 du code des assurances).**

**Votre contrat prend effet le 07/04/2016. L'échéance annuelle du contrat est le 01/11. A cette date, il se renouvelle d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par vous ou par nous dans les formes et conditions prévues aux conditions générales.**

Les présentes Conditions Personnelles sont accompagnées :

- des documents contractuels suivants qu'elles complètent, l'ensemble constituant le contrat d'assurance conclu entre vous et la Caisse locale Groupama : Conditions Générales (Réf. 201120), Tableau des Montants de Garanties et des Franchises (Réf. 201421) **et dont vous déclarez avoir reçu un exemplaire, pris connaissance et accepté intégralement les dispositions,**
- des statuts de la caisse locale.

Fait en double exemplaire à RENNES le 15 avril 2016 dont un exemplaire à nous retourner signé.

**Le Directeur Général de la Caisse Régionale,  
par délégation de la Caisse Locale**

**Signature du contractant et du (ou des) assurés  
précédée de la mention "certifié exact"**

Le Directeur Général,



Bernard VEBER



\*041114224002001CP\*