



VOTRE CONTACT

AGENCE HERIC
1 R DE LA FORET
44810 HERIC

Tél : 02 40 57 62 73

VOS COORDONNEES

Tél : 06.35.66.36.90
Email : felixdrouet@gmail.com

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

M. DROUET FELIX
LA TOURNERIE
44810 HERIC

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

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

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

Siege 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 Tailbout 75009 Paris

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



Coût d'un appel local
ou gratuit selon
votre abonnement



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





VOS CLAUSES PARTICULIÈRES

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

➤ **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.

➤ **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 : 152,38 € TTC (pour la période du 01/11/2016 au 31/10/2017).

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 contrat, page suivante, vous reconnaissez avoir pris connaissance des informations suivantes :

Protection des données personnelles

Les données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) 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 passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, à la gestion de nos relations commerciales et contractuelles, à la lutte contre la fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les dispositions prévues par la notice d'information ou les Conditions Générales du contrat remises par votre Assureur et dont vous reconnaissez avoir pris connaissance.

Sauf opposition de votre part, vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales (Assurance, Banque et Services) adaptées à vos besoins, des entités du Groupe Groupama, et de leurs partenaires.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à ces informations en vous adressant par courrier accompagné de la photocopie de votre pièce d'identité à l'Assureur (voir adresse au présent document), ou via notre site internet groupama.fr

Nous vous informons également que vous pouvez refuser toute prospection commerciale par téléphone, en vous inscrivant gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique.

Vous acceptez expressément, le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à la conclusion et la gestion de votre contrat et garanties, ou à la lutte contre la fraude, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin conseil de l'Assureur et à son service médical ou personnes habilitées (tels les experts médicaux ou professionnels de santé).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à vos données médicales en vous adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au Médecin conseil de votre assureur.

Traitement des réclamations

En cas de réclamation (désaccord ou mécontentement) relative à votre contrat, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou au siège de votre Caisse régionale (dont les coordonnées figurent aux présentes). Si la réponse ne vous satisfait pas, votre réclamation peut être adressée au service « réclamations » de votre Caisse régionale (dont les coordonnées figurent aux présentes). 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 à la Médiation de l'assurance dont les coordonnées sont disponibles sur le site groupama.fr ou auprès de votre interlocuteur habituel. Si l'avis de la Médiation de l'assurance ne vous satisfait pas, vous pouvez éventuellement saisir la justice.

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 Sofférino – 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 Prudential et de Résolution située 61 rue Tailbout 75009 Paris

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



Coût d'un appel local
ou gratuit selon
votre abonnement



Votre Droit à renonciation

Vous pouvez renoncer à votre contrat Capital Santé pendant le délai de 30 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, adressée 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(e) (nom, prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon contrat d'assurance Capital Santé émis le (date) sous le n° (n° de contrat).

Je 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.

Le remboursement interviendra dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

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).

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 inexacts 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. 91196), Tableau des Montants de Garanties et des Franchises (Réf. 91195) **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 10 août 2017 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

