

PREVOYANCE 1^{er} €

Association Globe Partner Notice d'information

En qualité de membre de l'Association Globe Partner, vous bénéficiez des garanties « Prévoyance » souscrites par L'Association auprès d'AWP Health & Life S.A. (Société Anonyme au capital de 65.190.446 euros, régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint Ouen, France – immatriculation 401 154 679 RCS Bobigny) sous le N° 080225/001.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définis dans la présente notice.

Sommaire

1/ Généralités	2
2/ Définitions	3
3/ Garanties	4
4/ Contrôle médical et arbitrage médical	9
5/ Formalités à effectuer en cas de sinistre	9
6/ Risques exclus	10
7/ Exclusions propres aux garanties.....	11
8/ Prescription.....	11
9/ Recours	13
10/ Faculté de renonciation.....	13
11/ Base du contrat d'assurance.....	14
12/ Protection des données personnelles	14
13/ Médiation.....	16
Annexe : Déclaration de confidentialité ACS	17



1/ Généralités

Affiliation

Sont affiliables les membres de l'Association Globe Partner, de moins de 65 ans.

Au moment de leur adhésion, ces personnes doivent remplir une demande individuelle d'adhésion comportant un questionnaire d'état de santé et par laquelle ils donnent leur consentement à l'assurance, conformément à l'article L 132-2 du Code des assurances, et désignent les bénéficiaires en cas de décès.

L'Assureur, s'il le juge nécessaire, peut demander l'accomplissement de formalités médicales ou la production de toute information complémentaire.

L'Assureur se réserve le droit, au vu des documents et renseignements précités, de limiter les garanties ou de revoir le tarif indiqué ou encore de refuser l'adhésion du proposant.

L'Assuré s'engage pour lui-même à être affilié, à compter de l'acceptation par l'Assureur, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

L'adhésion se renouvelle ensuite le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée de 12 mois, sauf résiliation par l'Adhérent au moyen d'une lettre recommandée envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier et sous réserve des dispositions de l'article L 140-3 du Code des assurances.

Effet des garanties

Lorsque le contrat a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent qui prend la qualité d'Assuré après examen et acceptation du questionnaire médical par l'Assureur et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, à la date mentionnée dans le formulaire d'adhésion.

Le formulaire d'adhésion doit préciser :

- les coordonnées de l'affilié,
- le nom et l'âge de l'affilié,
- la date d'effet de l'adhésion,
- la formule choisie avec la cotisation correspondante en fonction de l'âge,
- le salaire annuel brut,
- le ou les bénéficiaire(s) désigné(s).

Renonciation

L'Assuré peut renoncer à son assurance pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à partir du moment où il est informé que le contrat est signé, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à ACS, 153 rue de l'Université 75007 Paris. ACS lui remboursera alors, dans son intégralité, la somme qu'il a versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de sa lettre recommandée. Si l'Assuré demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de renonciation, le droit de renonciation n'est plus applicable.

Sanctions applicables en cas de fausse déclaration

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte du risque ou des circonstances nouvelles qui ont pour conséquences, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, entraîne l'application des sanctions suivantes prévues par le Code des assurances :

- Si elle est intentionnelle (Article L 113-8 du Code des assurances) :
 - la nullité de votre contrat,
 - les cotisations payées nous sont acquises et nous avons le droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes les cotisations échues,
 - vous devez nous rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat.
- Si elle n'est pas intentionnelle (Article L 113-9 du Code des assurances) :
 - l'augmentation de votre cotisation ou la résiliation de votre contrat lorsqu'elle est constatée avant tout sinistre,



- la réduction de vos indemnités dans le rapport entre la cotisation payée et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été conforme à la réalité, lorsqu'elle est constatée après sinistre.

Durée des garanties

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de fausse déclaration, l'Assuré ne peut en être exclu tant qu'il appartient à la catégorie de personne à laquelle le contrat s'applique.

Toutes les garanties cessent en tout état de cause :

Pour chaque Assuré :

- en cas de non paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code des Assurances,
- aux âges limites fixés pour chacune des garanties,
- le dernier jour de sa période d'adhésion,
- et au plus tard à la date de l'attribution de la pension vieillesse d'un régime de Sécurité sociale ou de tout régime collectif de retraite.

Pour la totalité des Assurés :

- en cas de résiliation du contrat 080225/001 conclu entre l'Association Globe Partner et AWP Health & Life.

2/ Définitions

Bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré

Les capitaux garantis en cas de décès de l'Assuré sont attribués par ordre de préférence :

- au conjoint non séparé de droit de l'Assuré marié,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, aux père et mère, par parts égales entre eux, ou, au survivant en cas de prédécès,
- à défaut, aux héritiers.

À tout moment, l'Assuré peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception.

Lorsque la désignation personnelle est caduque ou absente, la disposition ci-dessus est applicable.

En cas de décès d'un Assuré et du ou de plusieurs bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ou lorsque le bénéficiaire décédé après l'Assuré n'a pas eu le temps d'accepter le bénéfice du capital, l'Assuré est présumé avoir survécu pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Accident

Chaque fois que les garanties ou le montant des prestations s'y réfèrent, il faut entendre par accident **toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.**

La preuve de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s) des prestations et toute classification d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'Assureur.



3/ Garanties

Choix des garanties

Le présent contrat assure le versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré (Décès), ainsi qu'un capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident (Décès accidentel), selon le choix exprimé par l'Assuré entre 3 niveaux de garantie : un capital décès de 25.000 €, un capital décès de 50.000 € ou un capital décès de 100.000 €.

Il peut être complété, facultativement, par le versement d'indemnités quotidiennes et d'une rente d'invalidité (IQ/RI), selon le choix exprimé par l'Assuré entre 3 niveaux de garantie : des indemnités quotidiennes de 25 €/jour, des indemnités quotidiennes de 50 €/jour ou des indemnités quotidiennes de 100 €/jour.

Les niveaux de garantie choisis ne doivent pas nécessairement être les mêmes pour les deux garanties Décès et IQ/RI.

En aucun cas, la formule Indemnités Quotidiennes – Rente d'invalidité (IQ/RI) ne peut être souscrite seule.

Choix de formules

Le choix est effectué par l'Assuré lors de son adhésion. Il peut être modifié ultérieurement par celui-ci :

- à effet d'un premier janvier,
- en cas de modification de sa situation ou de ses charges de famille si la demande de l'Assuré parvient chez l'Assureur dans les deux mois au plus tard suivant la modification.

Capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de décès de l'Assuré avant son 65e anniversaire, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est fixé ci-dessous, selon la formule choisie.

Le capital versé ne doit pas excéder deux fois le revenu annuel brut de l'Assuré.

Toutefois, ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie survenue avant son 65e anniversaire.

L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie, lorsqu'il est reconnu par l'Assureur comme présentant une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire, être hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession exercée avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme, et être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie – à savoir : se nourrir, s'habiller, se laver, être continent, se déplacer (d'un lit à une chaise, et à l'intérieur dans des surfaces sans étages).

La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par l'Assureur.

Lorsque ce capital est versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès.

Montant des prestations

Capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie	Montants des capitaux assurés		
		25 000 €	50 000 €



Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident

Lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un accident, **à condition toutefois qu'il survienne, au plus tard, un an après la date de l'accident**, un capital supplémentaire, dont le montant est fixé ci-dessous selon la formule choisie, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même, si avant son 65e anniversaire et dans les trois ans suivant la date de l'accident survenu dans les conditions précitées, il est reconnu par l'Assureur atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, telle que définie dans la précédente garantie.

Pour ouvrir droit à la prestation, tout accident susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital doit être déclaré dans les six mois de sa survenance.

Lorsque ce capital a été versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès accidentel.

Montant des prestations

Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident	Montants des capitaux assurés		
	25 000 €	50 000 €	100 000 €

Indemnités Quotidiennes et Rente d'Invalidité

Règles communes

Objet

La garantie a pour objet le service de prestations en cas d'incapacité totale de travail ou d'invalidité d'un Assuré, par suite de maladie ou d'accident reconnu par l'Assureur. Ces prestations ont un caractère indemnitaire.

La garantie comporte le paiement :

- d'indemnités quotidiennes en cas d'arrêt total de travail,
- d'une rente d'invalidité si l'Assuré est dans l'impossibilité physique ou mentale, totale ou partielle, d'exercer normalement une activité professionnelle.

L'Assuré doit justifier d'une activité professionnelle rémunérée pour pouvoir bénéficier de ces garanties.

En aucun cas, des indemnités quotidiennes et une rente d'invalidité ne peuvent être versées simultanément.

Franchise

Le droit aux prestations prend effet au terme d'un délai de franchise fixé à 90 jours ou 180 jours selon le choix retenu par l'Assuré. Ce délai commence à courir au premier jour de chaque arrêt de travail ; il est constitué d'une suite ininterrompue de journées d'incapacité totale de travail.

Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Assureur avant le terme du délai de franchise et, au plus tard, dans les trois mois suivant la date de cet arrêt si le délai de franchise est supérieur à trois mois. L'Assuré, par l'intermédiaire de l'Association, fournira les pièces justificatives mentionnées dans la notice d'information.

L'arrêt de travail est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai mais avant le sixième mois.

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés.

Calcul

Le cumul des sommes versées par l'Assureur, la Sécurité sociale, l'Employeur, tout autre organisme de protection sociale ou de prévoyance garantissant un niveau de remplacement et le cas échéant, de toutes celles versées en rémunération d'un travail ou correspondant à un revenu de substitution, ne peut excéder :



- en cas d'incapacité sans rupture du contrat de travail, 70 % du salaire déclaré d'activité de l'Assuré à la veille de son arrêt de travail et revalorisé au jour de l'événement donnant lieu à détermination ou à un nouveau calcul du montant de la prestation,
 - en cas d'invalidité ainsi que, dans tous les cas, après rupture du contrat de travail, 70 % du salaire déclaré d'activité de l'Assuré à la veille de son arrêt de travail et revalorisé comme ci-dessus.
- Le dépassement éventuel réduit d'autant la prestation de l'Assureur.

Appréciation par l'Assureur des sinistres déclarés

En tout état de cause, l'Assureur se réserve la possibilité d'apprécier par une expertise médicale le bien-fondé de l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'Assuré.

Indemnités Quotidiennes Service

En cas d'arrêt de travail d'un Assuré par suite d'incapacité totale, reconnu par l'Assureur, et survenu avant son 65e anniversaire, l'Assureur verse à l'Assuré, des indemnités quotidiennes dont le montant est fixé ci-dessous, selon la formule choisie.

Le congé légal de maternité n'ouvre pas droit au versement des indemnités quotidiennes.

Les indemnités quotidiennes cessent d'être dues :

- en cas de reprise de travail à temps complet, ou s'il est établi par l'Assureur que l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet,
- ou au 731e jour suivant la date de cessation du travail, la rente d'invalidité pouvant être ensuite attribuée à l'Assuré suivant les dispositions du présent contrat,
- ou à la date d'attribution par l'Assureur ou par un régime de Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité ou d'une pension de vieillesse d'un régime de base,
- ou au décès de l'Assuré,
- ou, au plus tard, à la fin du trimestre civil du 65e anniversaire de l'Assuré.

Montant

Le montant des Indemnités Quotidiennes est fixé ci-dessous, selon la formule choisie. **Le montant versé par l'Assureur, la Sécurité sociale, l'Employeur, ou tout autre organisme de protection sociale ou de prévoyance ne peut en tout état de cause dépasser 70 % de du salaire déclaré d'activité de l'Assuré.**

Les indemnités quotidiennes sont réduites de moitié en cas de reprise à mi-temps d'une activité rémunérée ou lorsque l'Assuré est en état de reprendre à mi-temps une activité rémunérée.

Indemnités Quotidiennes (quelle que soit la franchise)	Montants des capitaux assurés		
		25 €	50 €

Rechute

En cas de reprise du travail suivie avant deux mois d'un nouvel arrêt pour la même cause et reconnu comme tel par l'Assureur, le service des prestations peut reprendre sur les mêmes bases, sans application du délai de franchise si l'Adhésion de l'Association est toujours en vigueur.

Rente d'Invalidité Service

Si, avant son 60e anniversaire, l'Assuré est atteint d'une invalidité permanente totale ou partielle, il a droit au versement d'une rente d'invalidité.

L'état d'invalidité, apprécié par l'Assureur en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'Assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle, doit réduire d'au moins deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'Assuré, c'est-à-dire le mettre hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de



l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

La rente est versée à l'Assuré par trimestre civil à terme échu. Il ne sera dû aucune fraction de rente au titre du trimestre civil au cours duquel l'Assuré décède.

Elle cesse d'être due dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- si l'état d'invalidité de l'Assuré ne répond plus aux conditions ci-dessus,
- ou à la date d'attribution par un régime de base de la pension de vieillesse,
- ou au décès de l'Assuré,
- ou, au plus tard, à la fin du trimestre civil du 60e anniversaire de l'Assuré.

Montant

Le montant initial de la prestation est déterminé comme suit, en fonction du montant choisi de l'indemnité quotidienne, et revalorisé à la date de l'invalidité, lorsque l'Assuré est atteint d'une invalidité dont le degré « n » est supérieur à 66%.

La prestation est alors égale au montant fixé ci-dessous.

Le montant versé par l'Assureur, la Sécurité sociale, l'Employeur, ou tout autre organisme de protection sociale ou de prévoyance ne peut en tout état de cause dépasser 70 % de du salaire déclaré d'activité de l'Assuré.

	Montants des capitaux assurés
Rente annuelle d'Invalidité	Montant de l'Indemnité Quotidienne choisie x 365

Le paiement de cette rente cesse, en tout état de cause, si le taux « n » d'invalidité devient inférieur ou égal à 66 %, à la date d'entrée en jouissance d'une pension d'un régime de retraite, ou à la date du décès de l'Assuré.

Cette rente trimestrielle est servie :

- **pour moitié si le taux « n » d'invalidité est de plus de 66 % et que l'Assuré peut exercer une activité professionnelle réduite,**
- **en totalité si le taux « n » d'invalidité est de plus de 66 % et que l'Assuré ne peut exercer aucune activité professionnelle.**

Le degré « n » d'invalidité est déterminé comme suit, il est fixé par expertise.

Les Assureurs désignent un médecin pour apprécier le degré d'invalidité de l'Assuré qui peut alors se faire assister de son médecin traitant.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin des Assureurs, il est procédé à un arbitrage comme indiqué précédemment.

L'invalidité ouvrant droit au service des prestations est appréciée en fonction de :

- l'incapacité fonctionnelle,
- l'incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle.

L'incapacité professionnelle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle, par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite du montant des ressources de l'intéressé.

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



Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	-	-	-	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	-	-	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	-	30,00	36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,62	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Revalorisation des prestations incapacité – invalidité

Le montant initial des indemnités quotidiennes, de la rente d'invalidité et du traitement de référence des garanties en cas de décès est revalorisé, au plus tôt, six mois, jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'Assuré, puis, lors de chaque modification de la valeur du point de retraite AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

Le niveau des revalorisations successives est déterminé de telle façon que, le montant de la prestation et du traitement de référence soit augmenté, compte tenu du niveau des revalorisations déjà acquises, dans la même proportion et aux mêmes dates que la valeur du point précité par référence à la valeur en vigueur à la date d'arrêt de travail.

Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, les évolutions ultérieures du point de référence cessent d'être prises en compte ; le niveau des revalorisations est maintenu à celui atteint à la date de la résiliation ou de la suppression.

Maintien des garanties au niveau atteint en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un Assuré, y compris après résiliation du contrat

Conditions d'application

En cas d'incapacité totale de travail ou d'invalidité d'un Assuré, les garanties en cas de décès, y compris le paiement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, lui sont maintenues dans les conditions suivantes, même après résiliation du présent contrat.

Pour être reconnues comme telles, l'incapacité ou l'invalidité doivent être de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité prévues ci-avant.

Couverture

Les garanties maintenues sont celles en vigueur la veille du premier jour d'arrêt de travail de l'Assuré.

En cas de résiliation du présent contrat, le montant des prestations correspondantes est réduit de 50 % si :

- soit l'Assuré perçoit de l'Assureur des indemnités quotidiennes réduites ou une rente d'invalidité dont le degré « n » d'invalidité est de plus de 66 % et qu'il peut exercer une activité professionnelle réduite,
- soit s'il est établi que l'Assuré en arrêt de travail consécutivement à une maladie ou un accident :
 - peut reprendre une activité professionnelle à mi-temps,
 - ou, a un degré « n » d'invalidité de plus de 66 % et peut exercer une activité professionnelle réduite.

Par ailleurs, le traitement servant de base au calcul des prestations garanties est déterminé compte tenu du niveau des revalorisations atteint à la date de résiliation, aucune revalorisation complémentaire n'étant attribuée postérieurement à cette dernière date.

Déclaration

Pour que les Assurés puissent bénéficier de la poursuite des garanties, les arrêts de travail doivent être déclarés à l'Assureur dans les six mois suivant l'arrêt de travail et, en tout état de cause, en cas de résiliation, dans les trois mois suivant la date de cessation du présent contrat.

Cessation

Outre les cas prévus par chacune d'elles, les garanties maintenues cessent à la date d'attribution d'une pension vieillesse d'un régime de base et, au plus tard, au 65^e anniversaire de l'Assuré.



Elles cessent également :

- dès que l'incapacité ou l'invalidité de l'Assuré n'est plus de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité,
- dès le jour où il s'est écoulé une période de six mois pendant laquelle l'Assuré n'a pas produit de pièces justifiant de la continuité de l'arrêt.

4/ Contrôle médical et arbitrage médical

Les médecins et représentants accrédités par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. Le droit aux prestations peut être interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et représentants accrédités par l'Assureur, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Sous peine de suspension du service des prestations, l'Assuré doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Assureur.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin conseil sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; il peut en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à l'Assureur par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'Assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'Assuré et le médecin délégué par l'Assureur.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin et, par moitié, ceux du médecin arbitre.

5/ Formalités à effectuer en cas de sinistre

Déclaration

Tout événement ne pourra ouvrir droit aux prestations que s'il est déclaré, sauf cas de force majeure, dans les délais ci-après :

- décès, dans les six mois au plus tard suivant la date du décès,
- perte totale et irréversible d'autonomie, dans les six mois au plus tard suivant le jour de la notification par la Sécurité sociale du classement de l'Assuré parmi les invalides de 3e catégorie ou de la date d'effet de la rente versée par la Sécurité sociale, en cas d'accident du travail, pour une incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne,
- perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident, dans les mêmes délais que ci-dessus et l'accident devant être déclaré dans les six mois de sa survenance,
- arrêt de travail, l'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Assureur avant le terme du délai de franchise et, au plus tard, dans les trois mois suivant la date de cet arrêt si le délai de franchise est supérieur à trois mois. Il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai mais avant le sixième mois.

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés.

- invalidité, l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité doit être portée à la connaissance de l'Assureur dans les trois mois au plus tard de sa date d'effet.

Pièces à fournir En cas de décès

- un certificat médical de mort naturelle établi par le médecin qui a constaté le décès,
- une copie intégrale de l'acte de naissance,



- une photocopie du livret de famille,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de ou des bénéficiaires,
- le dernier avis d'imposition,
- si le décès intervient pendant un arrêt de travail, les volets de la Sécurité sociale mentionnant le paiement des indemnités journalières.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- la notification par la Sécurité sociale, soit du classement dans la 3e catégorie d'invalides, soit de l'attribution d'une rente pour accident du travail au taux de 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne,
- une photocopie du livret de famille,
- le dernier avis d'imposition,
- si la perte totale et irréversible d'autonomie intervient pendant un arrêt de travail, les volets de la Sécurité sociale mentionnant le paiement des indemnités journalières.

En cas de sinistre d'origine accidentelle

- en plus des pièces susvisées, la photocopie du procès verbal de police ou de gendarmerie.

En cas d'arrêt de travail

- l'attestation médicale dûment remplie par le médecin traitant et adressée au médecin conseil de l'Assureur sous enveloppe portant la mention « Secret médical »,
- le dernier avis d'imposition pour exonération éventuelle de la CSG,
- la notification éventuelle délivrée par les ASSEDIC mentionnant l'attribution d'une allocation,
- selon le cas, les justificatifs suivants émis par la Sécurité sociale :
 - la notification d'attribution de la pension d'invalidité,
 - chaque trimestre par la suite, le justificatif de versement de cette pension,
 - photocopie des bulletins de salaire en cas de reprise de travail à temps partiel.

6/ Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties

Risques de guerre

- **Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active, ou si elle est appelée à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'Adhérent.**

L'Assureur se réserve toutefois la possibilité de modifier sa position sur un ou des territoires déterminés moyennant préavis de quinze jours à l'Adhérent.

- **En outre, en cas de guerre où la France serait belligérante, aucune des garanties ne serait accordée.**

Risques aériens

Les conséquences d'accident survenu au cours de la participation de l'Assuré à des compétitions, démonstrations aériennes, exercices de voltige, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activités de navigant militaire.

Par ailleurs, les conséquences d'accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où :

- **l'aéronef utilisé est apte au vol conformément aux prescriptions techniques réglementaires et est muni d'un certificat de navigabilité (ou d'un laissez-passer officiel) en cours de validité,**
- **les membres de l'équipage (dont peut faire partie l'Assuré) sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de**



l'aéronef utilisé et de la nature du vol, et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,

- l'aéronef utilisé a reçu les agréments administratifs, en état de validité, l'autorisant à effectuer le transport de passager.

Autres risques

- le suicide de l'Assuré, avant une année continue d'adhésion, Toutefois, le suicide est garanti si du fait de son adhésion au présent contrat et, précédemment à un autre contrat d'Assurance de Groupe à adhésion obligatoire, l'Assuré réunit une année continue d'assurance à la date du suicide,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas au versement anticipé du capital décès en cas de perte totale et irréversible d'autonomie résultant d'une tentative de suicide effectuée après une année continue d'assurance de l'Assuré,
- les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active.

7/ Exclusions propres aux garanties

Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

L'invalidité qui résulte de l'éthylisme ou de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale.

Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident

Les conséquences :

- d'une opération chirurgicale nécessitée par un accident exclu de l'assurance,
- de l'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, la personne garantie à l'origine de l'accident avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 0,8 g par litre de sang ou, en cas d'accident de la circulation, au taux caractérisant l'état d'alcoolémie répréhensible en vertu de la législation française,
- de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale,
- de la participation à un duel, un crime, un délit intentionnel ou une rixe, sauf le cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger,
- de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel,
- de la participation à des actions militaires ou de police,
- de la détention, la possession ou la manipulation par l'Assuré sur le lieu de l'accident soit d'engins de guerre, soit d'une arme dont la détention est interdite,
- d'un acte de belligérance ou de terrorisme revendiqué ou non,
- de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- d'accident résultant de la pratique du saut à l'élastique ainsi que de l'utilisation par l'Assuré (y compris en qualité de passager) de deltaplanes, parapentes, d'avions ultra légers motorisés et de tous autres aéronefs non agréés pour effectuer du transport public,
- de sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics de telle manière que l'Assuré ne pouvait ignorer le risque.

8/ Prescription



PRESCRIPTION DES ACTIONS DÉRIVANT DU CONTRAT D'ASSURANCE

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.



Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

9/ Recours

SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par lui, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers responsables du sinistre.

Dans le cas où la subrogation ne pourrait plus, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, ce dernier sera alors déchargé de ses obligations à l'égard de l'Assuré dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

10/ Faculté de renonciation

En cas d'adhésion à distance de votre contrat :

La vente de votre contrat d'assurance par téléphone, courrier ou internet est régie par les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.112-2-1 du code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent :

- qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'opérations successives ou d'une série d'opérations distinctes, de même nature, échelonnées dans le temps ;
- qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Conformément aux dispositions applicables en matière de vente à distance des services financiers, vous êtes informé :

- de l'existence du fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions visé à l'article L. 422-1 du Code des assurances,
- de l'existence du fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral visé à l'article L 426-1 du Code des assurances,
- de l'existence de L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales visé à l'article L 1142-22 du Code de la Santé publique ;



- que vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception des « Dispositions Particulières » et des « Dispositions Générales » si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
- que les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord du souscripteur. Vous avez manifesté votre volonté pour que votre contrat prenne effet à la date figurant sur les « Dispositions Particulières ». L'adhérent, qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation et qui use de son droit de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert ; en outre, la contribution Attentats au titre du Fonds de garanties des victimes des actes de terrorisme reste due.

L'adhérent, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par ses soins.

Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à ACS, 153, rue de l'Université, 75007, Paris, FRANCE.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès d'....., conformément à l'article L 112-2-1 du Codes des Assurances . J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux polices d'assurance voyage ou bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;
- aux contrats d'assurance de responsabilité civile des Véhicules Terrestres à Moteur ;
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

11/ Base du contrat d'assurance

LUTTE ANTI BLANCHIMENT

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou justificatifs, y compris sur l'acquisition de biens assurés.

TRIBUNAUX COMPETENTS / LOI APPLICABLE

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la loi française et principalement le Code des assurances.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des tribunaux français.

Toutefois si vous êtes domicilié dans la Principauté de Monaco, les tribunaux monégasques seront compétents en cas de litige entre vous et nous.

La langue utilisée dans le cadre des relations précontractuelles et contractuelles est la langue française.

12/ Protection des données personnelles

Les Données Personnelles relatives aux Parties au présent contrat, aux Adhérents, aux assurés, le cas échéant, à leurs personnes à charge et/ou leurs bénéficiaires ou à toute personne physique identifiée ou identifiable, y compris le signataire du présent contrat ou tout autre document contractuel en lien avec celui-ci, sont utilisées dans la seule



finalité de l'exécution et la gestion du présent contrat. Ces personnes concernées sont désignées ci-après par le terme « Data Subject ».

Les mesures de traitement, automatisé ou non, concernent notamment la collecte, le traitement, l'archivage, l'enregistrement, l'organisation, la limitation et la minimisation des données, l'adaptation ou l'altération, les conditions de retrait, d'utilisation, de consultation et de transferts, la diffusion ou la mise à disposition, la sécurité des données personnelles et sont mises en œuvre conformément :

- à la loi française 78-17 du 06.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et à toutes les lois et réglementations applicables au traitement des données à caractère personnel;
- au règlement général sur la protection des données (règlement (UE) 2016/679) ci-après « le Règlement »
- aux lois sectorielles, directives et codes d'usages applicables publiés par les autorités de contrôle;
- à la Convention AERAS (assurance et prêts à risque accru pour la santé), entrée en vigueur en 2006, révisée le 1er février 2011 et le 2 février 2015 et le code de conduite qui y est annexé ainsi que le Code d'Éthique médicale.

Le Data Subject dispose à tout moment des droits d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité de ses données personnelles, ainsi que des droits de restriction et d'objection quant au traitement de ses données personnelles, tels que définis dans l'Annexe Déclaration de Confidentialité.

En outre, dans le cadre de l'exécution du présent contrat, les données personnelles traitées peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont opérés dans le respect des différents aspects de protection des données personnelles et de la sécurité de l'information prévus par le Règlement.

Les termes utilisés dans la présente clause correspondent à ceux utilisés par le Règlement.

Si le Data Subject souhaite exercer ces droits en matière de protection des données personnelles tels que prévus par la présente clause, une demande doit être formulée à :

AWP Health & Life S.A.
Information Technology and Civil Liberties
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
France
Email : informatique.libertes@allianzworldwidecare.com

L'Assureur étudiera les demandes correspondantes dans le champ d'application du Règlement et répondra en justifiant pour qu'il accède à la demande ou refuse celle-ci.

Les Data Subjects ont également le droit de déposer une plainte auprès de l'autorité de contrôle compétente en matière de Données Personnelles, si elles considèrent que le traitement de leurs données n'est pas légal ou qu'elles ne sont pas en phase avec la réponse apportée suite à la demande d'exercice de leurs droits.

Si le Data Subject a des interrogations concernant l'utilisation de ses données personnelles et/ou sensibles dans le cadre de ce contrat, il peut contacter l'Assureur par e-mail ou par courrier :

AWP Health & Life S.A.
Data Protection Officer
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
France
Email: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com



13/ Médiation

QUELLES SONT LES MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS ?

En cas de difficultés dans l'application de votre contrat, la société ACS est en mesure d'étudier toutes vos demandes et réclamations. Vous pouvez adresser vos réclamations à notre service dédié au traitement des réclamations, dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessous :

**ACS, Service réclamations,
153, rue de l'Université, 75007 Paris, France
Email : recla@acs-ami.com**

ACS s'engage, à compter de la date d'envoi de votre réclamation écrite, à accuser réception de votre réclamation dans un délai de 10 jours et à vous apporter une réponse dans un délai maximum de 2 mois.

En tout état de cause, passé ce délai de deux mois, et quelle que soit la réponse qui vous aura été apportée ou bien en l'absence de réponse, vous pouvez :

- faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes :

**LMA – TSA 50110 –
75441 PARIS CEDEX 09 France,
Email : www.mediation-assurance.org ; ou**

- contacter directement l'assureur dont les coordonnées sont les suivantes :

Pour AWP Health & Life:

**AWP Health & Life S.A. - Relations Clients,
Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar,
93400 Saint Ouen, France
Email : client.care@allianzworldwidecare.com**

ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCES

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09, France.

DROIT D'OPPOSITION DES CONSOMMATEURS AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Toutefois, le démarchage téléphonique pour vous proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels vous avez au moins un contrat en cours. Ces dispositions sont applicables à tout consommateur, c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

En cas de divergence entre la version française et la version anglaise ou d'autres versions de la présente notice, la version française prévaudra.



Annexe : Déclaration de confidentialité ACS

Protéger la vie privée et les données des assurés est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment sont collectées les données personnelles, quel type de données sont collectées et pourquoi, avec qui elles sont partagées et divulguées. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

Traitement des Données Personnelles

Les informations recueillies par ACS, Courtier en assurances, société par actions simplifiée immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 317 218 188, et dont le siège social est au 153, rue de l'Université – 75007 Paris, France, soit directement auprès de vous, ou par l'intermédiaire de votre courtier en assurances, font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à :

- la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de votre devis ou contrat (étude des besoins, souscription, établissement d'avenants, calcul et recouvrement des cotisations, gestion des sinistres, traitement des éventuelles réclamations...),
- l'application des dispositions légales, y compris celles en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre les fraudes,
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles,
- la redistribution des risques par la réassurance et la coassurance.

Le traitement de ces données est réalisé dans le respect des obligations relatives au traitement, à l'archivage, l'enregistrement, l'organisation, la limitation et la minimalisation des données, l'adaptation et l'altération, les conditions de retrait, d'utilisation, de consultation et de transfert, la diffusion ou la mise à disposition, la sécurité des données personnelles.

Les destinataires des données sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités, les assureurs, les réassureurs, les intermédiaires d'assurance (votre courtier direct le cas échéant), et éventuellement leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, les délégués de gestion, le médiateur saisi, les autorités légalement autorisées pour le traitement de vos réclamations, Tracfin pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat).

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Ces données sont nécessaires à l'exécution et à la gestion de votre contrat et de vos garanties, et leur traitement est réalisé à cette seule finalité, dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil indépendants ou services d'ACS en charge de la gestion de vos garanties, à ses gestionnaires de frais médicaux et prestataires d'assistance externes le cas échéant, ainsi qu'aux assureurs et réassureurs de votre contrat.



Transfert de Données personnelles :

Par ailleurs, nous vous informons que les données à caractère personnel vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat), peuvent faire l'objet de transferts en dehors de l'Union Européenne, en fonction des besoins induits par la gestion de votre contrat.

Ces transferts visent exclusivement à permettre la gestion des demandes d'assurance et d'assistance et seules les données nécessaires à cette finalité sont transmises.

Les destinataires ou catégories de destinataires habilités à recevoir communication de ces données sont les personnels habilités des gestionnaires de frais médicaux ou prestataires d'assistance externes ainsi que les assureurs le cas échéant.

Ces transferts se font dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles applicables dans l'Union Européenne.

Vos droits :

Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et 2018 et au règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez des Droits d'Accès, de Rectification, de Suppression, de Portabilité relativement aux informations qui vous concernent, ainsi que des droits de Limitation et d'Opposition quant au traitement de vos données personnelles, que vous pouvez exercer en vous adressant par écrit à notre Délégué à la protection des données, à dpo@acs-ami.com ou par courrier à « ACS, à l'attention du DPO, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France » (avec copie d'une pièce d'identité).

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne.
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 FRANCE

Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil d'ACS (ACS, à l'attention du Médecin Conseil, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France) avec copie d'une pièce d'identité.

Durée de conservation :

Les données personnelles seront conservées conformément aux lois et règlements applicables, notamment :

Documents	Durée de conservation
Offres, cotations	3 ans
Demande individuelle d'affiliation	<ul style="list-style-type: none"> • 5 ans après date de résiliation du contrat (si pas de sinistre), • 5 ans après sortie de l'assurance
Cotisations, Primes	5 ans
Maladie	3 ans après clôture
Dossiers sinistres en cas de décès, Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), Incapacité, Invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • si la prestation a été réglée : 10 ans à compter de la date de règlement, • si la prestation n'a pas été réglée en totalité ou en partie au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré : 30 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'assuré par la compagnie ; • si la prestation n'a pas pu être réglée en totalité ou en partie du fait de la disparition ou de l'absence de l'assuré : 30 ans à compter de la date de connaissance par la compagnie du jugement de disparition ou d'absence de l'assuré
Incapacité permanente partielle maladie (IPPM) – Incapacité permanente partielle accident (IPPA)	<ul style="list-style-type: none"> • si réglé : 10 ans, • si non réglé : 30 ans

