



L'ASSOCIATION POUR LA MOBILITÉ INTERNATIONALE

Régime Prévoyance CFE Notice d'information

En qualité de membre de l'Association pour la Mobilité Internationale assuré auprès de la CFE pour les risques de l'assurance volontaire « Maladie – Maternité – Invalidité », et « Accident du travail – Maladie Professionnelle », vous bénéficiez des garanties « Prévoyance » souscrites par L'Association auprès d'Allianz Vie sous le contrat numéro 078718/001.

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.....	3
4/ Contrôle médical et arbitrage médical.....	7
5/ Formalités à effectuer en cas de sinistre	8
6/ Risques exclus	9
7/ Exclusions propres aux garanties	9
8/ Prescription	10
9/ Recours.....	10
10/ Médiation.....	10



1/ Généralités

Affiliation

Sont affiliés les membres de l'Association pour la Mobilité Internationale, de moins de 65 ans, assurés auprès de la CFE pour les risques de l'assurance volontaire « Maladie – Maternité – Invalidité », et « Accident du travail – Maladie Professionnelle ».

Les postulants doivent obligatoirement être assurés sous l'un des contrats santé 078718/501, 078718/511, 080225/501 ou 080225/511 conclus entre AMI et Allianz pour pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.

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 postulant.

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'une des parties 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 fait partie de la catégorie de personnel à assurer 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 à la date d'acceptation de l'Assureur 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.

Durée des garanties

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de fautive 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 pour la Mobilité Internationale et Allianz Vie.

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.

Sécurité sociale

On entend par Sécurité sociale les assurances volontaires « Maladie – Maternité – Invalidité » d'une part, et « Accident du travail – Maladie Professionnelle » d'autre part, proposées par la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

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 remplit les conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu par l'Assureur comme définitivement et totalement incapable d'exercer une profession quelconque et devoir 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),
- avoir reçu la notification par la Sécurité sociale de son classement en 3e catégorie d'invalides (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie), ou, en cas d'accident du travail, de la reconnaissance d'une incapacité permanente à 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

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

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 €	100 000 €

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.

Cas particulier : accident du travail et maladie professionnelle

Tout Assuré est réputé couvert par l'assurance volontaire « Accident du travail – Maladie professionnelle » de la CFE sur la base d'un salaire au moins égal au traitement de référence de l'Assuré ou correspondant au salaire de base maximum fixé pour cette assurance volontaire lorsque le traitement de référence lui est supérieur.

En conséquence, de l'indemnité quotidienne ou de la rente d'invalidité à servir, est déduite la prestation due en vertu des dispositions ci-dessus.

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.**

Si l'incapacité est imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, indemnisée à ce titre par la Sécurité sociale, l'indemnité allouée par cette dernière est complétée par l'Assureur à concurrence du montant total des indemnités (Sécurité sociale et Assureur) qu'aurait perçues l'Assuré dans le cas précédent.

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 €	100 €

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.
- et donner lieu au versement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité.

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, sous réserve des dispositions « revalorisations » :

- lorsque l'Assuré perçoit de la Sécurité sociale une pension d'invalidité :
 - de 2e ou 3e catégorie, la prestation est égale à 100 % du montant fixé ci-dessous, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale,
 - de 1re catégorie, la prestation est égale à 60 % de celle qu'il aurait perçue de l'Assureur s'il avait été classé en 2e catégorie,
- lorsque l'Assuré perçoit de la Sécurité sociale une rente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle :
 - si cette rente est égale ou supérieure à 50 % du salaire fictif retenu par cet organisme, elle est complétée à concurrence du montant total des sommes (Sécurité sociale et Assureur) qu'aurait perçues l'Assuré en cas d'invalidité de 2e catégorie (ou 3e s'il bénéficie d'une majoration pour assistance d'une tierce personne),
 - si cette rente est égale ou supérieure à 20 % mais inférieure à 50 % dudit salaire, elle est complétée à concurrence du montant total défini à l'alinéa précédent (2e catégorie), réduit dans le rapport existant entre le taux de la rente servie par la Sécurité sociale et le taux de 50 %,
 - aucune prestation n'est due si le taux de rente est inférieur à 20 %.

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

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.

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 si l'Assuré perçoit de la Sécurité sociale :

- soit des indemnités journalières réduites ou s'il est établi que l'Assuré peut reprendre une activité professionnelle à mi-temps, la réduction étant de 50 %,
- soit la pension de la 1^{re} catégorie, la réduction étant de 40 %,
- soit la rente d'incapacité de travail au titre d'une incapacité permanente de taux « n » compris entre 20 % et 50 % du salaire fictif retenu par cet organisme, la réduction étant obtenue en appliquant le rapport existant entre le taux de la rente servie par la Sécurité sociale et le taux de 50 %.

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, que l'Entreprise adhérente ait ou non souscrit ces garanties,
- 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,
- de sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,



- **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 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

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat d'Assurance sont prescrites par dix ans pour toutes les garanties décès/PTIA et par deux ans pour les garanties incapacité/invalidité à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

9/ Recours

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

10/ Médiation

Vos interlocuteurs habituels sont en mesure d'étudier au fond toutes vos demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas votre attente, vous pouvez adresser votre réclamation :

Pour ACS :

**ACS, Service réclamations,
153, rue de l'Université, 75007 Paris, France**

Pour ALLIANZ

**Allianz Vie - DIES - Service Relations Clientèle
Tour Neptune – 20 place de Seine 92086 La Défense Cedex, France**

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'assureur, l'Assuré aura la faculté de faire appel au Médiateur dont l'assureur lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

L'autorité de tutelle des assureurs est **l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)** 61, rue Taitbout-75436 Paris Cedex 09. Les parties déclarent se soumettre à la loi française.

CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés)

Les données nominatives sont traitées dans le respect de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion du contrat et de ses garanties. Elles sont destinées au courtier, à l'assureur, à ses mandataires et sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels dans le cadre des dispositions légales et réglementaires.

Le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant à Allianz Vie - DIES – Service Relations Clientèle, Tour Neptune – 20 place de Seine 92086 La Défense Cedex, France

Pour toute question sur ce contrat, vous devez contacter :

ACS
153, rue de l'Université - 75007 Paris - France
Tél. 00 33 (0) 1 40 47 91 00
Fax. 00 33 (0) 1 40 47 61 90
e-mail : contact@acs-ami.com