

NOTICE D'INFORMATION

Globe PVT Light

Version 1 - MAJ/20260116





Notice d'information

Globe PVT Light

En qualité de membre de l'Association Globe Partner, vous avez choisi d'adhérer aux garanties souscrites par l'Association auprès de MGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, dont le siège social est situé à Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, A 1250-097 Lisboa, Portugal avec un capital social de 7 500 000,00 € et enregistrée sous le numéro unique d'immatriculation et d'identification 517503131. MGEN Portugal est contrôlée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões au Portugal, et est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour agir en France par voie de Libre Prestation de Services, sous le contrat numéro MGENIB1100925SAP et sous le contrat numéro MGENIB1100947SAP pour la destination France. MGEN Portugal a mandaté LLT Consulting, 18 quai Georges Simenon, 17 000 La Rochelle, France, SAS enregistrée au RCS de la Rochelle sous le n° 828 002 188 et qui opère sous le nom de VYV International Assistance pour les prestations d'Assistance.

La gestion administrative de ces garanties est déléguée à ACS, 153, rue de l'Université, 75007 Paris, France, SAS au capital de 150 000€, société de courtage d'assurances immatriculée au RCS Paris sous le n° 317 218 188, n° ORIAS 07 000 350. Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définis dans la présente notice.

En cas de divergence entre la version française et toute autre version linguistique de la présente notice, la version française prévaudra.

Sommaire

1/ Généralités	3
2/ Définitions	4
3/ Garanties et prestations frais médicaux	5
4/ Garanties d'assistance	7
5/ Garantie Responsabilité civile	8
6/ Risques exclus relatifs à toutes les garanties	9
7/ Bases du Contrat d'assurance	10
8/ Protection des données personnelles	12
9/ Médiation	13
10/ Autorité chargée du contrôle de l'assureur	13
11/ Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique	13
12/ Contacts	13
13/ Tableau des montants des garanties	14
Annexe : Déclaration de confidentialité ACS	15



1/ Généralités

Admissibilité – Affiliation

Sont admissibles facultativement les personnes âgées de moins de 40 ans, membres de l'Association Globe Partner titulaires d'un visa PVT / WHV (sauf pour les détenteurs du visa EIC Canada), voyageant en dehors de leur pays de résidence habituelle.

Pour bénéficier des garanties, le proposant doit souscrire le contrat initial avant son départ.

Le renouvellement (par la souscription d'un nouveau contrat) de celui-ci ne sera accepté que s'il est effectué à la suite, et sans interruption avec le dernier contrat souscrit.

Le proposant doit, au moment de son affiliation, remplir les documents d'affiliation, incluant une déclaration d'état de santé et sur lesquels figurent l'option choisie et le montant des cotisations. Le choix de la formule ne peut être modifié durant la période de couverture.

Le proposant doit régler la totalité de la période d'assurance au moment de la souscription.

L'Assureur se réserve la possibilité de subordonner l'acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

Le proposant prend la qualité d'« Adhérent » une fois admis à l'assurance.

Les garanties du présent contrat ne peuvent s'appliquer dans le pays de résidence habituelle de l'Adhérent.

Effet des garanties

L'adhésion est effective dès l'acceptation de l'Assureur et le paiement de la cotisation.

Le contrat d'assurance voyage GLOBE PVT Light est conclu pour une durée ferme, et n'ouvre pas droit à la faculté de renonciation prévue par l'article L 112-2-1 du Code des Assurances.

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'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.

Le contrat peut être souscrit pour une durée comprise entre 1 et 24 mois maximum (selon les accords du PVT), en

un ou plusieurs contrats tant que l'Adhérent bénéficie du statut PVT / WHV. Toute nouvelle souscription devra faire l'objet d'une autorisation de l'Assureur.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

- Pour chaque Adhérent :
 - Lors du retour définitif si la période du contrat n'est pas terminée,
 - Lors du rapatriement de l'Adhérent dans son pays de résidence habituelle,
 - Le dernier jour de sa période d'adhésion, date à laquelle il n'est plus Adhérent à l'Association souscriptrice,
 - En cas de liquidation judiciaire de l'Assureur ou de l'Association souscriptrice.
- Pour la totalité des Adhérents, en cas de résiliation du contrat n°MGENIB1100925SAP ou du contrat n°MGENIB1100947SAP pour la destination France souscrit entre l'Association Globe Partner et MGEN Portugal.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne pour l'Adhérent la suppression du droit aux prestations, au terme de la période d'assurance souscrite, pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation, même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant la date de fin du contrat.

Modification ou annulation du contrat

Toute modification de dates ou annulation du contrat ne pourra être acceptée que si elle est demandée avant la date d'effet de celui-ci.

La modification de dates n'est possible qu'une seule fois durant l'année civile en cours.

En cas d'annulation, le contrat ne pourra être remboursé que sur justificatif, et déduction de frais de gestion d'un montant de 20 €.

Le contrat est conclu pour une durée ferme sans tacite reconduction et ne peut être résilié et remboursé en cours de période.

Sanctions applicables en cas de fausse déclaration

Toute fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque entraîne l'application des sanctions suivantes :



- La nullité de votre contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L113-8 du Code des assurances) ;
- Les cotisations payées sont acquises à l'Assureur qui a le droit, à titre de dédommagement, au paiement de toutes cotisations échues ; vous devez alors rembourser les indemnités versées à l'occasion des sinistres qui ont affecté votre contrat ;
- Si la fausse déclaration intentionnelle, constatée avant tout sinistre, n'est pas établie, augmentation de la cotisation ou résiliation du contrat (article L113-9 du Code des assurances) ;
- Si la fausse déclaration intentionnelle constatée après sinistre n'est pas établie, 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 (article L113-9 du Code des assurances).

Il vous sera demandé de rembourser l'ensemble des prestations qui vous a été indûment réglé au titre du présent contrat.

2/ Définitions

Les termes et expressions utilisés dans la présente notice ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, **à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique**.

Adhérents : les personnes dûment assurées au titre du présent contrat ci-après désignées par le terme « vous ». Pour l'application des dispositions légales relatives à la prescription, il convient de faire référence à « l'Adhérent » quand les articles du Code des assurances mentionnent « l'Assuré ».

Aléa : évènement dont la réalisation est incertaine et indépendante de la volonté de l'assuré.

Attentat/Actes de terrorisme : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel vous séjournez, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public. Cet « attentat » devra être recensé par le ministère des Affaires étrangères français.

Assureurs : MGGEN Portugal - Companhia de Seguros, S.A, dont le siège social est situé à Rua Duque de Palmela, 11, Piso 1, A 1250-097 Lisboa, Portugal avec un capital social de 7 500 000,00 € et enregistrée sous le numéro unique

d'immatriculation et d'identification 517503131. MGGEN Portugal est contrôlée par l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões au Portugal, et est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour agir en France par voie de Libre Prestation de Services.

Catastrophes naturelles : intensité anormale d'un agent naturel ne provenant pas d'une intervention humaine.

Code des assurances : Recueil des textes législatifs et réglementaires qui régissent le contrat d'assurances selon l'Assureur.

Déchéance : perte du droit à la Garantie pour le Sinistre en cause.

Domicile : on entend par domicile votre lieu de résidence principale et habituelle dans votre pays de résidence.

Dommages corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique et les préjudices qui en résultent.

Dommages matériels : toute atteinte, destruction, altération, perte ou disparition d'une chose ou substance ainsi que toute atteinte corporelle un animal.

Dommages immatériels consécutifs : tout préjudice pécuniaire qui résulte de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, ou de la perte d'un bénéfice, et qui est la conséquence directe de dommages corporels ou matériels garantis.

Épidémie : propagation rapide d'une Maladie infectieuse et contagieuse touchant un grand nombre de personnes en un lieu et un moment donnés, atteignant au minimum le niveau 5 selon les critères de l'OMS.

Frais médicaux : frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation prescrits médicalement, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une maladie.

Franchise : partie de l'indemnité restant à votre charge.

Grève : action collective consistant en une cessation concertée du travail par les salariés d'une entreprise, d'un secteur économique, d'une catégorie professionnelle visant à appuyer les revendications.

Guerre civile : opposition armée de plusieurs parties appartenant à un même pays, ainsi que toute rébellion armée, révolution, sédition, insurrection, coup d'État, application de la loi martiale ou fermeture des frontières commandée par les autorités locales.



Guerre étrangère : opposition armée déclarée ou non d'un État à un autre État, ainsi que toute invasion ou état de siège.

Maladie / pathologie : altération de la santé constatée par une autorité médicale, nécessitant des soins médicaux.

Pandémie : propagation mondiale d'une maladie.

Pays de résidence habituelle : pays dans lequel se situe votre domicile fiscal et légal.

Pollution : dégradation de l'environnement par l'introduction dans l'air, l'eau ou le sol de matières n'étant pas présentes naturellement dans le milieu.

PVT (Programme Vacances-Travail), VVT (Visa Vacances-Travail), WHV (Working Holiday Visa) : Ensemble de visas temporaires permettant à leurs détenteurs de voyager dans des pays étrangers tout en y travaillant.

Sinistre : Événement susceptible d'entraîner l'application d'une garantie au contrat.

Soins dentaires suite à un accident : le traitement doit être administré dans les 15 jours suivant la date d'accident et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

Subrogation : situation juridique par laquelle une personne se voit transférer les droits d'une autre personne (notamment : substitution de l'Assureur à l'Adhérent aux fins de poursuites contre la partie adverse).

Tiers : toute personne autre que l'Adhérent responsable du dommage, à l'exception d'un membre de la famille.

Les adhérents non-membres d'une même famille sont considérés comme tiers entre eux.

Urgence : terme utilisé en cas d'accident ou d'apparition d'une maladie garantie nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Adhérent. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste, ou une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre (24) heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

3/ Garanties et prestations frais médicaux

Zone de couverture

La zone de couverture correspond au pays de destination PVT / WHV sélectionné par l'Adhérent lors de la souscription.

Frais médicaux

La garantie consiste à rembourser, sous réserve des exclusions prévues ci-après, les frais médicaux consécutifs à un accident ou à une maladie reconnus par la Sécurité Sociale française et qui seraient pris en charge par celle-ci, ceci à concurrence du montant et d'une franchise indiqués au tableau des montants de garantie.

Par ailleurs, les demandes de remboursement ne seront honorées que si l'Assureur estime que le montant des factures et des reçus fournis est raisonnable et habituel. Dans le cas contraire, l'Assureur se réserve le droit de réduire le montant de ses prestations.

La garantie Frais Médicaux prend fin lorsque notre équipe médicale estime que l'Adhérent peut être rapatrié dans son pays de résidence habituelle.

Il est entendu et convenu que dans le cas où l'Adhérent bénéficie ou pourrait bénéficier des remboursements de la Sécurité sociale française, les prestations n'interviendraient qu'à titre de complément.

Le plafond des frais médicaux est de 150 000 € par bénéficiaire et par année de contrat.

Limitation aux frais réels

Conformément à l'Article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'Adhérent peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le(s) autre(s) organisme(s). Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de



l'Adhérent est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

En cas de prestations versées indûment, le Bénéficiaire de la garantie s'engage à reverser, dans les meilleurs délais, à l'Assureur, les prestations trop perçues. Ainsi, l'Assureur peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à l'Adhérent.

Prestations exclues de la garantie Frais médicaux

Outre les exclusions figurant à la rubrique « Risques exclus relatifs à toutes les garanties », il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat les frais non reconnus par la Sécurité sociale française, ainsi que les prestations suivantes :

1. les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur et après celle de cessation des garanties,
2. les frais de transport du médecin non habituellement pris en charge par la Sécurité sociale,
3. les traitements ou dépenses médicales pratiqués par un médecin ou praticien non qualifié,
4. les frais qui auraient pu être effectués au retour de l'Adhérent dans son pays de résidence habituelle,
5. les frais médicaux dispensés dans le pays de résidence habituelle (sauf lors d'un retour temporaire inférieur à 30 jours),
6. les frais pour les traitements et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutifs à un accident,
7. les infirmités congénitales, les maladies héréditaires, et les maladies chroniques,
8. toutes orthèses et prothèses y compris auditives et dentaires, ainsi que les soins correspondants
9. tout soin dentaire (sauf en cas d'urgence ou d'accident),
10. la stomatologie, les traitements de l'acné, et l'orthophonie,
11. l'optique, l'orthoptie et les lentilles de contact,
12. l'acupuncture, les massages et la kinésithérapie (sauf suite à un accident ayant entraîné une hospitalisation),
13. les soins psychiques et psychothérapeutiques y compris les consultations,
14. les maladies mentales y compris la dépression nerveuse, les soins et traitements liés aux troubles du sommeil
15. la séropositivité pour le HIV et ses conséquences, le sida et ses conséquences,
16. les maladies sexuellement transmissibles ainsi que les tests de dépistage,
17. les cures, les maisons de repos, de convalescence, de rééducation,
18. les bilans de santé, et le check up,

19. les frais de vaccination,
20. les dépenses relatives à la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la stérilité, les dysfonctionnements sexuels,
21. les dépenses liées à une grossesse ou maternité survenue avant la date d'effet du contrat, connue ou non,
22. les dépenses encourues à l'occasion de l'acquisition d'un organe,
23. toute opération ou traitement lié au changement de sexe,
24. les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crèmes solaires...,
25. les frais annexes, tels que le téléphone en cas d'hospitalisation ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés.

Contrôle et arbitrage médical

Les médecins et représentants accrédités par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Adhérent afin de pouvoir constater son état. L'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'Adhérent 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.

Formalités à effectuer pour la prise en charge des frais médicaux

L'Assureur se réserve le droit de demander à tout Adhérent ou à ses personnes à charge que ceux-ci lui fournissent l'ensemble des informations nécessaires au traitement de leurs données personnelles et relatives aux demandes de remboursement. L'Assureur pourra pour ce faire avoir accès à leurs dossiers médicaux avec toutes les obligations légales de confidentialité qui y sont attachées.



Toute information fournie par l'Adhérent ou l'une des personnes à sa charge qui s'avérera erronée, falsifiée, exagérée, ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Adhérent et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

En cas d'hospitalisation, d'acte chirurgical, de radiographie ou de traitement médical, un certificat médical doit préalablement être demandé à l'Assureur à qui il sera retourné après avoir été rempli par le médecin de l'Adhérent. Tout manquement à cette obligation pourrait entraîner un refus de prise en charge. En cas d'hospitalisation, l'Adhérent peut demander une prise en charge, afin de lui éviter l'avance des fonds.

Pour toute demande de remboursement dont le montant est supérieur à 500€ vous devez compléter le [formulaire de demande de remboursement](#) et l'adresser par courrier postal à :

ACS – Service médical
A l'attention du Médecin-conseil
153, rue de l'Université –
75007 Paris - France

avec les justificatifs ci-dessous:

- votre numéro d'attestation, les originaux des factures acquittées des médecins et des établissements médicaux, ainsi que les ordonnances mentionnant les médicaments correspondants et tout document médical indiquant le diagnostic
- aucune photocopie ou duplicata de facture n'est acceptée

E-claiming : Les frais médicaux inférieurs à 500€, peuvent être envoyés via notre plateforme sécurisée : clems.acs-ami.com. Nous nous réservons le droit de vous demander l'envoi des documents originaux dans un délai de deux ans.

Pour les frais d'hospitalisation supérieure à 24 heures,
 il est possible d'obtenir une prise en charge en prenant contact préalablement avec notre service Assistance Médicale à Paris, disponible **24h/24** :

VYV International Assistance
 ☎ 00 33 (0)5 48 29 00 59
 ✉ ops@vyy-ia.com

L'Assureur peut demander tout autre justificatif complémentaire qui lui est nécessaire.
Aucune copie, photocopie ou duplicata de facture n'est acceptée.

4/ Garanties d'assistance

Si vous vous trouvez dans une des situations évoquées ci-après, nous mettons en œuvre, les services décrits, sur simple appel téléphonique ou envoi d'un email.

Dans tous les cas, la décision d'assistance et le choix des moyens appropriés appartiennent exclusivement au médecin de VYV International Assistance, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille de l'Adhérent. Seuls l'intérêt médical de l'Adhérent et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision du transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

En aucun cas, VYV International Assistance ne se substitue aux organismes locaux de secours d'urgence.

Que garantissons-nous ?

Rapatriement ou transport médical / sanitaire

Si l'Adhérent est malade ou blessé suite à un événement garanti et que son état de santé nécessite un transfert, les infrastructures médicales locales ne disposant pas des capacités pour dispenser les soins appropriés, nous organisons et prenons en charge son transfert :

- soit vers le centre hospitalier compétent le plus proche
- soit vers le centre hospitalier compétent le plus proche de son domicile dans son pays de résidence habituelle
- soit nous organisons et prenons en charge son rapatriement jusqu'à son domicile dans son pays de résidence habituelle.

Selon la gravité du cas, le rapatriement ou le transport est effectué sous surveillance médicale, si nécessaire, par le plus approprié des moyens suivants :

- avion sanitaire spécial
- avion de ligne régulière, train, wagon-lit, bateau, ambulance.

Transport du corps en cas de décès

En cas de décès suite à un événement garanti, nous organisons et prenons en charge le transport du corps depuis le lieu de mise en bière, jusqu'à l'aéroport international le plus proche de votre domicile.

Nous prenons également en charge les frais annexes nécessaires au transport, dont le coût du cercueil, permettant le transport, à concurrence du montant indiqué au tableau des montants de garantie. Les frais de



cérémonie, d'accessoires, d'inhumation ou de crémation restent à la charge des familles.

Quelles sont les limites applicables en cas de force majeure ?

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations d'Assistance résultant de cas de force majeure ou des événements suivants :

Guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, attentat, actes de terrorisme, représailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

Quelles sont les exclusions des Garanties Assistance

Outre les exclusions figurant à la rubrique « Risques exclus relatifs à toutes les garanties », nous ne pouvons intervenir si la demande d'assistance est consécutive aux :

1. catastrophes naturelles, à la pollution,
2. voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement,
3. états de grossesse sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 32ème semaine de grossesse,
4. conséquences d'une inobservation volontaire à la réglementation des pays visités, ou de la pratique d'activités prohibées par les autorités locales.

Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

Pour toute **demande d'assistance**, vous devez contacter, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 :

VYV International Assistance

📞 00 33 (0)5 48 29 00 59

✉️ ops@vyv-ia.com

afin obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense.

Lorsque nous avons organisé votre transport ou votre rapatriement, vous devez nous restituer les titres de transport initiaux, ceux-ci devenant la propriété de VYV International Assistance.

5/ Garantie Responsabilité civile

Que garantissons-nous ?

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que vous pouvez encourir dans le cadre de votre vie privée, y compris lors de stages de formation conventionnés au titre, d'une part, des dommages corporels et/ou matériels et, d'autre part, des dommages immatériels qui leur sont consécutifs, causés accidentellement à toute personne autre qu'un membre de votre famille, par votre fait ou celui de choses ou animaux dont vous avez la garde, ceci à concurrence du montant et d'une franchise indiqués au tableau des montants de garantie.

La garantie s'applique également aux objets confiés dans le cadre de stage conventionné dans la limite du montant indiqué au tableau des montants de garantie.

Ce que nous excluons

Outre les exclusions figurant à la rubrique « Risques exclus relatifs à toutes les garanties », notre garantie ne s'applique pas :

1. aux dommages que vous avez causés ou provoqués intentionnellement,
2. aux dommages résultant de l'usage de véhicules terrestres à moteur, de bateaux à voile et à moteur, et appareils de la navigation aérienne,
3. aux dommages résultant de toute activité professionnelle,
4. aux objets confiés à l'Adhérent (sauf dans le cadre de stages conventionnés),
5. aux conséquences de tous sinistres matériels et/ou corporels vous atteignant personnellement,
6. aux dommages immatériels sauf lorsqu'ils sont la conséquence directe de dommages accidentels, matériels et/ou corporels garantis,
7. aux dommages résultant de la pratique de sports aériens ou de la chasse,
8. aux dommages causés par des immeubles ou partie d'immeubles dont l'Adhérent est propriétaire, locataire ou occupant,
9. aux dommages que vous avez causés en raison d'un incendie, d'une explosion ou d'un dégât des eaux,
10. aux stages effectués dans les domaines médicaux et paramédicaux (sauf aux stages exclusivement d'observation).



Quelles sont les limites de notre garantie ?

Transaction – Reconnaissance de responsabilité

Vous ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni aucune transaction sans notre accord préalable et écrit.

Toutefois, la simple reconnaissance de la matérialité de certains faits n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité, non plus que le seul fait d'avoir procuré à une victime un secours urgent lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir moral d'accomplir.

Vous devez nous aviser dans les 5 jours ouvrés sauf cas fortuit ou de force majeure de tout événement susceptible d'engager votre responsabilité civile. Si ce délai n'est pas respecté et que de ce fait, nous subissons un préjudice, vous encourez la déchéance de votre garantie.

Procédure

En cas d'action dirigée contre vous mettant en cause une responsabilité assurée judiciaire, nous assurons votre défense devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives et dirigeons le procès pour les faits et dommages rentrant dans le cadre des garanties du présent contrat. Toutefois, vous pouvez vous associer à notre action dès lors que vous pouvez justifier d'un intérêt propre non pris en charge au titre du présent contrat. Il en est de même en ce qui concerne l'action civile exercée devant les juridictions pénales si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées et sont intervenues à l'instance pénale.

Le simple fait de pourvoir à titre conservatoire à votre défense ne peut en aucun cas être interprété en soi comme une reconnaissance de garantie et n'implique nullement que nous acceptons de prendre en charge les conséquences dommageables d'événements qui ne seraient pas expressément garantis par le présent contrat.

Même si vous manquez à vos obligations après sinistre, nous sommes tenus d'indemniser les personnes envers lesquelles vous êtes responsable. Nous conservons néanmoins, dans ce cas, le droit d'exercer contre vous une action en remboursement pour toutes les sommes que nous aurons payées ou mises en provision à votre place.

En ce qui concerne les actions contentieuses dirigées contre vous :

- devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, nous avons le libre exercice des

voies de recours dans le cadre des garanties du présent contrat,

- devant les juridictions pénales, les voies de recours ne peuvent être exercées qu'avec votre accord,
- si le litige pendant devant une juridiction pénale ne concerne plus que des intérêts civils, le refus de donner votre accord pour l'exercice de la voie de recours envisagée entraîne le droit pour nous de vous réclamer une indemnité égale au préjudice qui en aura résulté pour nous.

Frais de procédure

Nous prenons en charge les frais de procès, de quittance et autres frais de règlement.

Toutefois, si vous êtes condamné pour un montant supérieur à celui de la garantie, chacun d'entre nous supporte ces frais dans la proportion de sa part respective dans la condamnation.

Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

Pour toute demande de déclaration de sinistre, vous devez nous contacter à l'adresse suivante :

ACS, Service Sinistres

153 rue de l'Université

75007 Paris, France

✉ servicesinistres@acs-ami.com

6/ Risques exclus relatifs à toutes les garanties

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des faits suivants :

- 1. maladies et accidents dont l'origine est antérieure à la date d'effet du contrat**
- 2. une maladie ou un accident qui sont le fait d'un acte intentionnel ou inconsidéré de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide**
- 3. une procédure pénale dont l'Adhérent fait l'objet**
- 4. des accidents ou maladies survenant ou contractés, lors de la participation ou de l'entraînement à des matchs ou compétitions officiels, organisés par une fédération sportive ainsi que les activités sportives à titre professionnel et les conséquences de la pratique des sports ou activités suivantes : bobsleigh, skeleton, alpinisme, luge de compétition, sports aériens à l'exception du parachute ascensionnel, scooter des mers, sports de combat, sports de glisse hors-piste,**



5. de la participation de l'Adhérent à des duels, paris, crimes et délits, rixes (sauf légitime défense), grèves,
6. des conséquences de l'usage de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
7. des conséquences d'un état alcoolique ou d'une ivresse manifeste,
8. des accidents ou maladies dus à la désintégration du noyau atomique, de toute irradiation provenant de rayonnement ionisant ainsi que les sinistres dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
9. des conséquences d'actes de terrorisme ou de sabotage, de guerre étrangère, de guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires, dans les conditions prévues à l'article L 121.8 du Code des assurances,
10. activités assurées lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'assureur du fait de sanction, restriction ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable,
11. activités assurées lorsqu'elles sont soumises à une quelconque sanction, restriction, embargo total ou partiel ou prohibition prévues par les conventions, lois ou règlements, y compris celles décidées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, le Conseil de l'Union européenne, ou par tout autre droit national applicable. Il est entendu que cette disposition ne s'applique que dans le cas où le contrat d'assurance, les biens et/ou activités assurés entrent dans le champ d'application de la décision de sanctions restrictives, embargo total ou partiel ou prohibition,
12. l'absence d'aléa.

7/ Bases du Contrat d'assurance

Ce contrat est régi par le Code des assurances. La loi applicable au contrat est la loi française.

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurance. Pour les assurés bénéficiant du visa PVT en France métropolitaine, la cotisation comprend le montant de taxe applicable au contrat d'assurance, conformément à la réglementation en vigueur (contrat n°MGENIB1100925SAP/MGENIB1100947SAP).

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 fausse 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 cotisation 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 périr 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.

Subrogation

L'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent contre les tiers responsables du sinistre. Dans le cas où la subrogation ne pourrait plus, du fait de l'Adhérent, s'opérer en faveur de l'Assureur, ce dernier sera alors déchargé de ses obligations à l'égard de l'Adhérent dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

Pluralité des assureurs

Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude pour un même risque, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties du contrat. Dans ce cas, l'Adhérent doit prévenir tous les assureurs.

Dans ces limites, l'Adhérent peut s'adresser à l'Assureur de son choix. Quand elles sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues par le Code des assurances (nullité du contrat et dommages-intérêts) sont applicables.

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 compétent / 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.



Faculté de renonciation

Si vous êtes déjà assuré pour le même risque :

Vous êtes invité à vérifier que vous n'êtes pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques garantis par le nouveau contrat. Si tel est le cas, vous bénéficiez d'un droit de renonciation à ce contrat pendant un délai de 14 jours (calendaires) à compter de sa conclusion, sans frais ni pénalités, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- vous avez souscrit ce contrat à des fins non professionnelles ;
- ce contrat vient en complément de l'achat d'un bien ou d'un service vendu par un fournisseur ;
- vous justifiez que vous êtes déjà couvert pour l'un des risques garantis par ce nouveau contrat ;
- le contrat auquel vous souhaitez renoncer n'est pas intégralement exécuté ;
- vous n'avez déclaré aucun sinistre garanti par ce contrat.

Dans cette situation, vous pouvez exercer votre droit à renoncer à ce contrat par lettre ou tout autre support durable adressé à ACS, 153, rue de l'Université, 75007, Paris, FRANCE, accompagné d'un document justifiant que vous bénéficiez déjà d'une garantie pour l'un des risques garantis par le nouveau contrat. Nous sommes tenus de vous rembourser la cotisation payée, dans un délai de 30 jours à compter de votre renonciation.

Exemple : « Je soussigné M.....demeurantrenonce à mon contrat N°.....souscrit auprès d'.....J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat. »

Comment est calculée votre indemnité pour les garanties Assistance et Responsabilité Civile ?

Si l'indemnité ne peut être déterminée de gré à gré, elle est évaluée par la voie d'une expertise amiable, sous réserve de nos droits respectifs. Chacun de nous choisit son expert. Si ces experts ne sont pas d'accord entre eux, ils font appel à un troisième et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'un de nous de nommer un expert ou par les deux experts de s'entendre sur le choix d'un troisième, la nomination est faite par le président du tribunal de grande instance, statuant en référé. Chacun des cocontractants prend à sa charge les frais et honoraires de son expert, et le cas échéant, la moitié de ceux du troisième.

Dans quel délai serez-vous indemnisé ?

Le règlement intervient dans un délai de 15 jours à partir de l'accord qui intervient entre nous ou de la notification de la décision judiciaire exécutoire.

8/ Protection des données personnelles

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance, les données à caractère personnel de l'Adhérent pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégués, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les assurés sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de prospection, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Organisme assureur et son Délégué de gestion ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires ou partenaires. L'Organisme assureur est tenu de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ces données personnelles pourront faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Les assurés et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès.



Ils peuvent exercer ces droits en contactant :

ACS,

A l'attention du Data Protection Officer,
153, rue de l'Université,
75007 Paris,
France
✉ dpo@acs-ami.com

Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 7, France.

9/ Médiation

Quelles sont les modalités d'examen des réclamations ?

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
✉ 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 MGEN Portugal dont les coordonnées sont les suivantes :

Le Médiateur de l'Assurance (LMA)
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09 France
www.mediation-assurance.org

10/ Autorité chargée du contrôle de l'assureur

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

L'organisme de contrôle de MGEN Portugal est l'Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de

Pensões situé Av. da República 76, 1600-205 Lisboa, Portugal.

11/ Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

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.

12/ Contacts

Pour toute question sur ce contrat, vous devez contacter :

ACS
📍 153 rue de l'Université, 75007 Paris - France
📞 + 33 (0)1 40 47 91 00
✉ contact@acs-ami.com

Pour la prise en charge d'une hospitalisation, pour une demande d'assistance, vous devez contacter,

24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 :
VYV International Assistance
📞 00 33 (0)5 48 29 00 59
✉ ops@vyv-ia.com



13/ Tableau des montants des garanties

Frais Médicaux (1)	
Plafonds maximum pour 12 mois de garanties en un ou plusieurs contrats	
Frais médicaux maximum par personne et par an	150 000€
Chirurgie et hospitalisation	100% des frais réels
Consultations, pharmacie, analyses, radiographies, actes paramédicaux	100% des frais réels, avec 50€ de franchise par pathologie
Soins dentaires d'urgence	100% jusqu'à 300 €
Soins dentaires suite à un accident	100% jusqu'à 600 €
Soins relatifs à la grossesse et à la maternité	90% jusqu'à 5 000 €
Responsabilité Civile Vie Privée	
Sont garantis les dommages causés à autrui pendant la durée du voyage et du séjour	
Dommages corporels	4 500 000 €
Dommages matériels et immatériels	450 000 €
Objets confiés dans le cadre de stages	11 500 €
Franchise	100 € par dossier et par sinistre
Assistance	
Transport médical	100% des frais réels
Rapatriement sanitaire	100% des frais réels
Rapatriement du corps en cas de décès	Frais réels (frais funéraires limités à 1 500 €)

(1) Lorsque l'adhérent bénéficie de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire, nos remboursements viennent en complément.



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 déléguaires de gestion, le médiateur saisi, les autorités légalement autorisées pour le traitement de vos réclamations, Tracfin pour la lutte contre la 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.