

Notice d'information sur l'assurance (réf. 16.36.97 - 11/2021)

Contrat d'assurance collective n° 2.009.175 souscrit par COFIDIS S.A. auprès de ACM IARD S.A. pour le compte de ses clients.

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES

a. Assureur : ACM IARD S.A. Société anonyme de droit français, au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG - TVA FR87352406748 - Siège Social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG - FRANCE - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN Cedex - FRANCE - Entreprise régie par le Code des assurances français et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 place de Budapest CS92459 - 75436 PARIS cedex 09 - France.

Assisteuse : AGA International S.A. (Allianz Global Assistance), rue des Hirondelles 2, à 1000 Bruxelles, agréée sous le numéro 2769 - numéro d'entreprise : 0837.437.919.

Intermédiaire : COFIDIS S.A. - société anonyme de droit belge établie à Chaussée de Lille 422A - 7501 Orcq, agissant en qualité d'agent en assurance. Entreprise soumise au contrôle de la FSMA rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles et immatriculée sous le numéro 043235A.

b. Ce contrat a pour objet de garantir des prestations versées sous forme de capital et d'un forfait mensuel au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès accidentel de l'assuré et à l'assuré en cas d'Invalidité Totale et Permanente accidentelle. Il propose également des prestations d'assistance.

c. Le montant de la prime annuelle est calculé sur la base du tarif en vigueur à la date d'adhésion. Ce tarif est révisable annuellement.

d. Les primes sont payables mensuellement selon le mode choisi par l'assuré et mentionné dans le certificat d'adhésion :

- soit par prélèvement sur le compte bancaire désigné par l'assuré,
- soit par prélèvement automatique sur le crédit souscrit par l'assuré (dans ce cas, le paiement des primes mensuelles reste soumis aux conditions d'utilisation du crédit, telles que définies

par l'organisme financier).

A défaut de choix, les primes seront prélevées sur le compte bancaire désigné par l'assuré. Ce choix est modifiable à tout moment sur simple demande de la part de l'assuré.

e. L'assuré dispose d'un délai de 14 jours pour renoncer à son adhésion, sans pénalités et sans indication de motif. Ce délai court à dater de la conclusion du contrat. Pour cela, il lui suffit d'écrire à COFIDIS - Chaussée de Lille 422A - 7501 Orcq, une lettre de renonciation rédigée sur le modèle défini au point 5.

f. L'adhésion est annuelle. Elle se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1^{er} jour du mois qui précède la date anniversaire du contrat. L'adhésion cesse à l'échéance principale qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'assuré.

g. L'assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment, en adressant à COFIDIS une lettre de résiliation.

h. Les présentes informations précontractuelles sont mises à disposition du consommateur conformément au droit belge. La conclusion et l'exécution du contrat d'assurance sont soumises au droit belge.

i. Les présentes informations précontractuelles sont disponibles en français et en néerlandais. La langue française est réputée être la langue de la présente assurance. Toute communication relative à la conclusion, l'exécution et/ou l'interprétation du contrat d'assurance sera faite dans la langue française.

j. En cas de contestation, vous pouvez toujours vous adresser à l'ASBL Service Ombudsman Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (fax 02 5475975, e - mail : info@ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité pour l'assuré d'intenter une action en justice.

OBLIGATION DE DECLARATION

L'assuré a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître.

S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de l'assureur et si ce dernier a néanmoins conclu le

contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

Omission ou inexactitude intentionnelle :

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration induit l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

QUELQUES DEFINITIONS

Assureur : ACM IARD S.A. Société anonyme de droit français, au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG - TVA FR87352406748 - Siège Social : 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen STRASBOURG - FRANCE - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN Cedex - FRANCE - Entreprise régie par le Code des Assurances français et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 place de Budapest CS92459 - 75436 PARIS cedex 09 - France

Intermédiaire : COFIDIS S.A. - société anonyme de droit belge établie à Chaussée de Lille 422A - 7501 Orcq, agissant en qualité d'agent en assurance et immatriculée auprès de la FSMA sous le numéro 043235A.

Assisteuse : Les prestations d'assistance incluses dans le contrat sont assurées par AGA International S.A. (Allianz Global Assistance).

Adhérent / Assuré : Personne physique désignée sur la demande d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique, qui adhère au contrat Groupe et paie les primes d'assurance et sur laquelle reposent les garanties, désignée ci-après sous le terme général d'« assuré ».

Accident : Toute atteinte corporelle, violente et imprévisible, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute autre définition de l'Accident ou toute classification d'Accident retenue par un autre organisme, et en particulier par la Sécurité sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

Accident de la circulation : Accident survenu à l'assuré sur

la voie publique en tant que piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule de tourisme motorisé, autre qu'un moyen de transport en commun. On entend par « transport en commun » tout moyen de transport public, commercial, terrestre, maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départ et d'arrivée déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

Décès accidentel : Il s'agit du décès de l'Assuré directement imputable à un Accident garanti et donnant lieu à l'établissement d'un acte de décès ou d'une décision judiciaire de disparition. La mort clinique n'est pas assimilée au décès. Le décès doit intervenir dans un délai maximum de 12 mois à compter de la date de l'accident.

Invalidité Totale et Permanente consécutive à un accident : Est considéré en Invalidité Totale et Permanente, l'assuré qui par suite d'un accident garanti se trouve dans un état d'invalidité permanent atteignant un pourcentage supérieur à 66%. Le pourcentage de 66% correspond au taux d'invalidité physiologique reconnu à l'assuré sur la base du « barème Officiel Belge des Invalidités ». Ce taux est déterminé compte tenu des séquelles observées au moment de la consolidation, sans tenir compte de la profession exercée. Si l'assuré est déjà atteint d'une invalidité à la prise en cours de l'adhésion, seul le taux d'invalidité dû à l'invalidité nouvelle sera pris en considération.

Consolidation : La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de l'invalidité.

1. OBJET DU CONTRAT - PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat a pour objet de garantir à toute personne physique le versement de prestations sous forme de capital et d'un forfait mensuel au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès accidentel de l'assuré et à l'assuré en cas d'Invalidité Totale et Permanente accidentelle. Il propose également des prestations d'assistance. La date limite d'entrée dans l'assurance est fixée à la veille du 70^e anniversaire de l'assuré. L'assuré est la personne physique client ou prospect qui en a fait la demande et qui est âgée de moins de 70 ans, au jour de la demande d'adhésion.

Il ne peut être enregistré au titre de ce contrat qu'une seule adhésion par personne.

2. DUREE DU CONTRAT

Sans préjudice de l'application de l'article 6, l'adhésion est annuelle.

L'assuré est couvert pendant une période de un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

Celle-ci se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1^{er} jour du mois qui précède la date anniversaire de l'adhésion.

L'adhésion cesse à l'échéance principale qui suit le 75^e anniversaire de l'assuré.

L'assurance est résiliable à tout moment selon l'article 16.

3. CONDITIONS D'ADHESION

Les conditions d'adhésion déterminent les garanties accordées à l'assuré et seront vérifiées au moment de la déclaration de sinistre.

L'assuré est admissible au contrat d'assurance et pourra bénéficier des garanties Décès accidentel et Invalidité Totale et Permanente consécutive à un accident si, au jour de l'adhésion, il est majeur et âgé de moins de 70 ans.

En cas d'omission ou d'inexactitude - intentionnelle ou non - dans vos déclarations, la compagnie appliquera les sanctions prévues par la législation applicable en cette matière.

4. PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

4.1. Date de conclusion :

L'assurance est censée être conclue à la plus tardive des deux dates suivantes :

- la date d'acceptation de l'assureur (date d'enregistrement de la demande d'adhésion par COFIDIS),
- la date de réception par l'assuré des informations contractuelles.

4.2. Prise d'effet de l'adhésion :

L'adhésion prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première prime d'assurance et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 5 et aux dispositions spécifiques à la souscription par voie téléphonique. Ainsi, l'adhésion pourra prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation.

La prise d'effet du contrat antérieurement à l'expiration du délai de renonciation est soumise à l'acceptation expresse du souscripteur, matérialisée dans le bulletin d'adhésion ou exprimée lors de la souscription par voie téléphonique.

4.3. Prise d'effet des garanties :

Les garanties Décès accidentel et Invalidité Totale et Permanente consécutive à un accident prennent effet à la date d'effet de l'adhésion.

5. DROIT DE RENONCIATION

La signature du bulletin individuel d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'assuré qui dispose d'un délai de 14 jours pour renoncer à son adhésion, sans pénalités et sans indication de motif. Ce délai court à partir de la date de conclusion du contrat d'assurance définie à l'article 4.1. Pour cela, il lui suffit d'adresser à COFIDIS - Chaussée de Lille 422A - 7501 Orcq, une lettre de renonciation rédigée sur le modèle ci-après : « Je soussigné(e).....(nom, prénom) demeurant (adresse de l'assuré) déclare renoncer au contrat d'assurance n° (n° imprimé) que j'ai signé/souscrit par voie téléphonique le, date et signature de l'assuré ».

La renonciation est effective à la date de réception par Cofidis de la demande de renonciation ; l'assureur rembourse alors la prime si elle a été payée.

6. CESSATION DES GARANTIES

L'assurance prend fin :

- dès la notification par l'assuré de la renonciation à l'adhésion,
- en cas de non-paiement de la prime d'assurance, après mise en demeure,
- en cas de résiliation de la part de l'assuré,

- au décès de l'assuré,
- en cas d'Invalidité Totale et Permanente de l'assuré,
- à l'échéance principale qui suit le 75^e anniversaire de l'assuré,
- en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription,
- en cas de résiliation de la part de l'assureur.

7. DEFINITION DES GARANTIES

7.1. Décès accidentel

En cas de décès de l'assuré directement imputable à un accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel, dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion ou dans le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique.

Le capital est versé dans les 5 jours à réception du dossier complet de déclaration de sinistre par l'assureur, dès lors que le(s) bénéficiaire(s) en fait (font) la demande expresse.

Le versement du premier forfait mensuel intervient le mois suivant le versement du capital.

Pour donner lieu à indemnisation, le décès doit intervenir dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

7.2. Invalidité Totale et Permanente accidentelle

En cas d'invalidité totale et permanente directement imputable à un accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion ou dans le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique. L'état d'invalidité sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

Pour donner lieu à indemnisation, l'état d'invalidité doit intervenir dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

En cas de survenance d'un sinistre hors de Belgique, c'est la date de la première constatation médicale de l'état de santé en Belgique qui sert de départ à la garantie. Le capital est versé dans les 5 jours à réception du dossier complet de déclaration de sinistre par l'assureur, dès lors que le(s) bénéficiaire(s) en fait (font) la demande expresse. Le versement du premier forfait mensuel intervient le mois suivant le versement du capital.

7.3. Accident de la circulation

Si le sinistre est dû à un accident de la circulation, le montant des prestations selon l'option retenue et défini dans le certificat d'adhésion sera doublé.

7.4. Bénéficiaire des prestations

Le(s) bénéficiaire(s) des prestations en cas de décès accidentel de l'assuré est (sont) stipulé(s) dans le certificat d'adhésion.

En présence de bénéficiaires multiples au moment du sinistre, le montant global des prestations est réparti par parts égales entre les bénéficiaires. Lorsque le décès résulte du fait intentionnel du bénéficiaire, la prestation prévue en cas de décès sera payée aux autres bénéficiaires désignés dans le contrat, selon l'ordre établi.

Le bénéficiaire des prestations en cas d'Invalidité Totale et Permanente accidentelle est l'assuré lui-même.

En matière fiscale, les prestations versées sont soumises à la législation fiscale belge en vigueur applicable à l'assuré.

8. DUREE DE L'INDEMNISATION

La durée de l'indemnisation de la rente mensuelle ne peut dépasser 18 mois, quelle que soit la formule retenue à l'adhésion et reprise dans le certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, il ne peut y avoir, pour un seul et même accident, cumul des prestations au titre des garanties Invalidité Totale et Permanente et Décès versées par l'assureur au titre du présent contrat.

9. RISQUES EXCLUS

Les risques suivants ne sont pas couverts :

- **le suicide,**
- **les sinistres n'ayant pas pour origine un accident garanti,**
- **les faits de guerres, émeutes, insurrections, attentats et actes de terrorisme dès l'instant où l'assuré y prend une part active,**
- **les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalation ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux de l'atome ainsi que les conséquences de catastrophes naturelles,**
- **le sinistre consécutif à un accident survenu avant l'adhésion au présent contrat,**
- **l'alcoolisme (taux d'alcoolémie supérieur au taux légal défini dans le code de la route belge) et l'usage de narcotiques et/ou de stupéfiants hors prescription médicale,**
- **les accidents volontaires ou découlant de faits volontaires,**
- **la pratique d'un sport à titre professionnel, dans le**

cadre d'une compétition ou d'un entraînement (ou d'une tentative de record et leurs essais, et d'une manière générale, les conséquences de la pratique d'un sport aérien, marin ou entraînant l'utilisation d'engins motorisés),

- les maladies ou affections, même si elles se manifestent de manière soudaine et imprévisible,
- les affections virales, microbiennes, parasitaires, mycosiques et infectieuses, y compris les affections ou lésions consécutives à une piqûre d'insecte ou à une contamination, même si elles résultent d'un accident garanti,
- les affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses, fibromyalgies,
- les affections cardio-vasculaires et vasculaires, un Accident cardio-vasculaire, un Accident vasculaire-cérébral, un Accident ischémique transitoire, un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque cérébrale, une rupture d'anévrisme,
- les accidents médicaux ou les infections nosocomiales,
- les expérimentations biomédicales,
- un acte à caractère médical dont la finalité est uniquement d'ordre esthétique.

10. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 3 ans à compter de l'événement qui donne ouverture à l'action, conformément aux dispositions des articles 88 et 89 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

11. PRIME D'ASSURANCE

Le montant de la prime d'assurance est exprimé en euros. Il est calculé au tarif en vigueur à la date d'adhésion en fonction du niveau de garanties souscrites. Il figure sur le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique.

Les primes sont payables mensuellement selon le mode choisi par l'assuré et mentionné dans le certificat d'adhésion :

- soit par prélèvement sur le compte bancaire désigné par l'assuré,
- soit par prélèvement automatique sur le crédit souscrit par l'assuré (dans ce cas, le paiement des primes mensuelles reste soumis aux conditions d'utilisation du crédit, telles que définies par l'organisme financier).

A défaut de choix, les primes seront prélevées sur le compte bancaire désigné par l'assuré.

Ce choix est modifiable à tout moment sur simple demande de la part de l'assuré.

Le tarif est révisable annuellement. Sa révision ou celle des garanties s'impose à tous les assurés, qui disposent de la faculté de résilier leur adhésion en cas de désaccord, conformément à l'article 16.

Le montant de la prime d'assurance comprend les taxes en vigueur à la date d'adhésion. Toute modification ultérieure du régime fiscal applicable au présent contrat se répercutera automatiquement sur la prime sans communication préalable.

Le non-paiement de la prime entraîne la résiliation de l'assurance, après l'envoi d'une mise en demeure.

Modalités de notification des prélèvements : Lorsque vous optez pour le paiement par prélèvement, la notification des prélèvements afférents au contrat est effectuée par le biais du certificat d'adhésion lors de la souscription et de l'avenant en cas de modification du contrat.

En matière fiscale, les primes versées sont soumises à la législation fiscale belge en vigueur applicable à l'assuré.

12. FACULTE DE MODIFICATION DE LA GARANTIE

La possibilité pourra être offerte à l'assuré de modifier le montant de sa garantie.

En cas de baisse des niveaux garantis, les nouvelles conditions seront appliquées immédiatement selon la date d'effet indiquée dans le nouveau certificat d'adhésion. En cas de hausse des niveaux garantis, les anciennes conditions d'assurance seront appliquées pendant un délai d'attente de 90 jours à compter de la date d'effet indiquée dans le nouveau certificat d'adhésion, passé ce délai, l'ensemble des nouvelles garanties sera appliqué. La nouvelle prime d'assurance figurera dans le nouveau certificat d'adhésion.

13. OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

La demande de prise en charge se fait auprès de l'assureur par l'intermédiaire de COFIDIS par téléphone (n° 078/051 151 - coût d'une communication nationale) ou par courrier (Chaussée de Lille 422A - 7501 Orcq), **dans les jours qui suivent la survenance du sinistre et au plus tard dans le délai de 3 ans (délai de prescription) en cas de Décès ou d'Invalidité Totale et Permanente.**

A défaut de respect du délai de présentation du dossier sinistre, la date retenue pour la mise en oeuvre des prestations est celle de la réception du dossier complet par l'assureur.

L'assureur, par l'intermédiaire de COFIDIS, vous informe de l'ensemble des justificatifs nécessaires pour l'étude de votre dossier.

Le versement des prestations est subordonné au résultat favorable de l'étude du dossier de demande de prestations par l'assureur.

Pour la garantie Invalidité Totale et Permanente, l'assureur se réserve la possibilité d'exercer notamment un contrôle médical afin de déterminer la réalité du sinistre et de fixer sa date de survenance. Le versement des prestations est subordonné à l'accomplissement de ces formalités.

Les pièces suivantes sont à remettre à COFIDIS pour la constitution du dossier, étant précisé que l'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs ou questionnaires complémentaires :

Dans tous les cas, dans les 3 mois suivant la survenance de l'accident :

- la déclaration de sinistre précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
- les preuves de l'accident : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, constat amiable, coupure de journaux, ...
- les coordonnées du tiers responsable et de son assureur,
- s'il s'agit d'un accident de circulation dans lequel l'assuré était conducteur, un certificat médical précisant si l'assuré a subi un test d'alcoolémie et, dans l'affirmative, le résultat de ce test.

Dans les 3 mois suivants la survenance du décès :

- le certificat médical de décès,
- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'assuré,
- un acte de notoriété indiquant les droits des bénéficiaires lorsque les bénéficiaires ne sont pas désignés ou déterminés dans le contrat,
- toute pièce de nature à justifier le droit du (des) bénéficiaire(s),
- une photocopie de la carte d'identité du bénéficiaire,
- les coordonnées bancaires du (des) bénéficiaire(s) : IBAN et BIC.

Dans les 3 mois suivant l'invalidité totale et permanente :

- l'attestation médicale d'incapacité ou d'invalidité,
- une attestation de l'organisme social justifiant d'une invalidité sur le plan physique et économique à plus de 66%.

14. CONTROLE MEDICAL

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à tout moment à toute expertise ou examen que l'assureur estime nécessaire. Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant. L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques...). L'assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix.

15. ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le Médecin de l'assureur et l'assuré, les deux parties peuvent choisir un médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise d'arbitrage et supporteront pour moitié les honoraires de ce médecin.

16. RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment, en adressant à COFIDIS une lettre de résiliation en recommandé avec accusé de réception. La résiliation prendra effet à l'échéance mensuelle qui suit la date de réception de cette lettre par COFIDIS. L'assuré cessera d'être assuré au titre du présent contrat à partir de la date de prise d'effet de la résiliation.

17. DROIT ET LANGUE APPLICABLES

Les relations avec l'assuré avant la conclusion de l'assurance ainsi que l'assurance sont soumises à la loi belge et les contestations éventuelles sont de la compétence des tribunaux belges.

La langue française est réputée être la langue de la présente

assurance. Toute communication relative à la conclusion, l'exécution et/ou l'interprétation du contrat d'assurance sera faite dans la langue française.

18. PROTECTION DE LA VIE PRIVEE

18.1. Le traitement de vos données personnelles

18.1.1. Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Nous précisons que les données peuvent être recueillies directement auprès de vous ou qu'elles peuvent, s'agissant essentiellement de vos indemnités journalières, émaner de votre régime obligatoire d'assurance maladie.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et des prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention.

Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Vos données peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance, laquelle recouvre l'exagération frauduleuse du montant des réclamations. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés.

Les déclarations, informations et tous justificatifs présentés en vue de l'acceptation et de l'établissement du contrat, puis à l'appui des demandes de délivrance de services, de règlement de sinistres ou de prestations, peuvent faire l'objet de vérifications. Ces vérifications sont destinées à vérifier la cohérence des déclarations, des circonstances et des conséquences du sinistre ainsi que la réalité, véracité et intégrité des éléments.

18.1.2. A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, partenaires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat, de la délivrance et du contrôle des prestations ou de services complémentaires, de l'optimisation de nos services et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation. Elles sont également adressées aux autorités et organismes contribuant à la lutte contre ces phénomènes.

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont transmises à l'administration fiscale française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 18.1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

18.1.3. Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Ces données font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

18.1.4. Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données sont conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions en découlant directement ou indirectement. En l'absence de conclusion de contrat vos données sont conservées pour une durée maximale de 2 ans. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

18.2. Les droits

18.2.1. Nature des droits

La personne concernée dispose, s'agissant de ses données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de suppression, de limitation et de portabilité. Elle peut en outre s'opposer, dès lors que cette finalité a été déclarée, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale.

18.2.2. Exercice des droits

Pour l'exercice des droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

18.2.3. En cas de difficultés

En cas de difficulté relative au traitement de ses informations personnelles, la personne concernée peut adresser sa réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, elle peut porter sa demande auprès de l'Autorité de protection des Données (APD) - Rue de la Presse, 35 - 1000 Bruxelles.

19. A QUI S'ADRESSER EN CAS DE RECLAMATION

Vous pouvez vous adresser à l'unité chargée de la gestion de votre dossier auprès de ACM - 63 Chemin A. Pardon 69814 TASSIN CEDEX - FRANCE - Tel : + 33.3.88.13.22.27 (coût d'une communication internationale) - mail : ACME5P@acm.fr

En cas de désaccord sur la réponse donnée à votre réclamation, vous pouvez vous adresser, en dernier recours, au service consommateur des ACM. Les modalités de la procédure vous seront communiquées sur demande adressée à ACM - 63 Chemin A. Pardon 69814 TASSIN Cedex FRANCE.

Toute félicitation ou toute plainte concernant les prestations d'assistance peut être adressée :

- par courrier à l'attention du service qualité, Rue des Hirondelles 2 à 1000 Bruxelles ;

- par fax : +32-2-290 65 26 ;

- par e-mail : quality@allianz-global-assistance.be.

Toute plainte au sujet de l'assurance peut être adressée au Service Ombudsman Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (www.ombudsman.as ; e-mail : info@ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité pour l'assuré d'intenter une action en justice.

Prestations d'assistance CofiSecure

Cette garantie offre une assistance en cas de décès ou d'invalidité permanente de l'assuré suite à un accident couvert.

VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE EN URGENCE ?

Appelez directement le +32 2 773 61 05 (accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24) en indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit (15.194),
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1. Qu'entendons-nous par... ?

- **Dommages** : le coût des services couverts que vous subissez, assurés par nos soins et que nous indemnisons.
- **Vous** : la/les personne(s) assurée(s), qui doivent être domiciliées en Belgique et y résider.
- **Nous/l'Assureur** : AGA International SA (dont le siège social est établi à Paris, France), également connue sous le nom de Mondial Assistance.

1.2. Qui sommes-nous ?

Nous sommes succursale belge de l'assureur AGA International SA.

Notre adresse : Rue des Hirondelles 2, 1000 Bruxelles - Belgique

Tél. : + 32 2 290 64 11

Fax : + 32 2 290 64 19

Notre entreprise est agréée comme compagnie d'assurance sous le numéro 2769.

Notre numéro d'entreprise est le 0837.437.919.

L'assurance est régie par les présentes conditions, les dispositions de la loi relative aux assurances et le droit belge.

1.3. Comment les dommages sont-ils déterminés et indemnisés ?

Contactez-nous le plus vite possible pour convenir de l'organisation et du paiement des services couverts.

Nous vous dirons, dans les meilleurs délais, si nous indemniserons les dommages, et pour quel montant.

Conservez soigneusement vos factures originales, car nous pouvons vous les demander à titre de preuve.

1.4. Quand demandons-nous le remboursement de dommages indemnisés ?

Nous demandons un tel remboursement dans les cas suivants :

- Un tiers est responsable de vos dommages ? Dans ce cas, nous avons le droit de réclamer les indemnités que nous avons payées à ce tiers.
- Si nous apprenons à posteriori qu'un dommage n'était pas couvert, nous pouvons en réclamer le remboursement.

1.5. Assurances multiples

Vous avez droit à une indemnisation en vertu d'une autre assurance, de la loi ou d'un règlement ?

- Alors, notre assurance ne vous indemnise pas.
- Nous payons toutefois les dommages non réglés en vertu de l'autre assurance, de la loi ou du règlement.
- Et si, à votre demande, nous avons déjà payé une indemnisation ou des frais, votre droit à une indemnisation en vertu de l'autre assurance, de la loi ou du règlement nous est transféré.

2. EXPLICATION DE LA GARANTIE

La garantie Assistance COFISECURE est acquise dans le cadre de votre Assurance Prévoyance COFISECURE.

3. CONTENU DE LA GARANTIE

3.1. Qu'est-ce qui est couvert ?

Outre le sinistre couvert par votre Assurance prévoyance accidents, vous avez également droit aux prestations suivantes :

3.1.1. Assistance téléphonique par notre centrale d'alarme
Vous avez besoin d'aide pour traiter ou résoudre un sinistre couvert ?

Nous organisons et payons l'assistance téléphonique nécessaire. Cette assistance vise avant tout à vous indiquer le chemin vers des secours et organismes qui peuvent vous apporter leur soutien en Belgique. Les frais

des secours auxquels vous faites éventuellement appel sont à votre charge.

3.1.2. Assistance psychologique

Le sinistre couvert entraîne-t-il un traumatisme psychologique ?

Nous organisons et payons trois fois une heure d'assistance par un psychologue reconnu en Belgique. Cette assistance psychologique doit nous être demandée dans les trente jours suivant le sinistre couvert.

3.1.3. Aide-ménagère

Êtes-vous hospitalisé(e) plus de 48 heures suite à un sinistre couvert, et avez-vous dès lors besoin d'une aide-ménagère ?

Nous organisons et payons une aide-ménagère pendant maximum 12 heures.

Cette aide est répartie sur 10 jours et est uniquement valable en Belgique. L'aide-ménagère doit nous être demandée dans les trente jours suivant le sinistre couvert.

3.1.4. Organisation des services de soutien

Êtes-vous déclaré(e) totalement invalide et de façon permanente suite à un accident ?

Nous organisons et payons la coordination des services suivants :

- constitution d'un réseau d'aidants visant à combler vos besoins vitaux journaliers.
- aide-ménagère, aide-soignante et assistance en vue d'accroître votre autonomie.
- aide pour adapter/transformer votre habitation afin que vous puissiez continuer à y vivre.

Attention : Nous organisons et prenons en charge la coordination, pas le coût des aides en soi.

3.1.5. Assistance en cas de décès à l'étranger

Si vous décédez à l'étranger en raison d'un accident couvert, nous organisons et payons :

- les frais de transport entre le lieu du décès et le lieu d'inhumation en Belgique.

Attention : Nous ne payons pas l'enterrement à proprement parler.

3.1.6. Assistance pour les personnes qui voyagent avec vous

Si vous décédez à l'étranger en raison d'un accident couvert, nous organisons et payons :

- le retour en Belgique des membres de votre famille qui voyageaient avec vous, si ceux-ci ne sont pas aptes à rentrer par leurs propres moyens et comme initialement prévu.

3.2. Qu'est-ce qui n'est pas couvert ?

3.2.1. L'assistance pour des sinistres qui ne sont pas couverts ou qui sont exclus des Conditions générales de l'Assurance COFISECURE.

3.2.2. Ne sont jamais couverts les sinistres dus à :

- Une guerre
- Le terrorisme
- Un accident nucléaire
- Un acte délictueux
- La violation d'une loi ou d'un règlement
- Une catastrophe naturelle
- Une intervention prévue ou une situation existante au moment de la souscription
- Une épidémie ou une quarantaine
- Des troubles psychiques, psychosomatiques ou neurologiques

3.2.3. L'assistance juridique

3.3. Frais payés par vos soins

Les frais payés par vos soins sont uniquement indemnisés moyennant notre accord préalable à ce sujet.