

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT SPÉCIALE RÉSERVE

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir aux personnels de réserve l'ayant souscrit, le paiement d'indemnités en cas de dommages corporels consécutifs à un accident dont le sociétaire serait la victime à l'occasion d'activités de réserve ou privées ou professionnelles.

Il s'agit du versement :

- d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale,
- d'un capital en cas d'incapacité permanente partielle ou totale,
- d'un capital en cas de décès.

Il faut entendre par accident : toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré et atteignant celui-ci dans son intégrité physique par le fait d'un événement imprévisible qui lui est extérieur.

Toute classification d'un autre organisme, public ou privé, et notamment de la Sécurité Sociale et des commissions de réforme civiles et militaires ne saurait être opposable à l'Assureur.

La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire des prestations.

Ne sont pas considérés comme accidents :

- **les lésions organiques qui peuvent se révéler avec soudaineté mais dont l'origine est interne, telles que les hernies, ruptures musculaires (autres que tendineuses), lumbagos, tours de rein, hémorragies cérébrales d'origine non traumatique, crise cardiaque,**
- **les affections non organiques, c'est-à-dire ne se traduisant pas par des signes objectifs révélés par examen clinique ou par des examens complémentaires qui aboutissent à les classer dans la catégorie des maladies caractérisées,**
- **les pathologies vertébrales et para-vertébrales, y compris les éventuelles atteintes nerveuses périphériques suite à accident, sauf dans les cas graves d'évolution entraînant la mise en non-activité pour raison de santé,**
- **les lésions provoquées par l'usure d'un ou plusieurs organes due à la répétition d'actes habituels, en particulier d'actes professionnels (acouphènes, algies lombaires) ou sportifs (traumatisme d'effort, fracture de fatigue),**
- **le suicide.**

ARTICLE 2 - ÉTENDUE DE LA GARANTIE

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 4 du présent contrat, le sociétaire est couvert par le contrat jusqu'au 31 décembre de son 65^{ème} anniversaire et dans le monde entier.

Les garanties valent : en toutes circonstances, dans le monde entier, quel que soit le mode de locomotion utilisé, quel que soit le sport pratiqué, sans aucune surprime sous réserve des exclusions contractuelles ou individuelles, ou des conditions de cotisation et/ou de garanties particulières avec lesquelles l'Assuré a été admis.

Il est garanti pendant la durée du contrat, durant ses activités de réserve, ses activités professionnelles ou privées, sans emploi ou à la retraite.

Il est garanti :

- lors de tout déplacement terrestre maritime ou aérien, quel que soit le moyen de transport mis en cause, civil ou militaire,
- en cas d'accident de la circulation, que l'assuré soit conducteur, passager ou piéton,
- pour tous les accidents de la vie privée (domestiques ou de loisirs),
- lors de la pratique d'un sport quel qu'il soit,
- s'il subit des dommages corporels à l'occasion d'une agression ou d'un attentat.

Cependant, pour tout accident survenu hors du territoire de la République française, les indemnités qui pourraient être retenues sont applicables selon le droit commun français.

ARTICLE 3 - EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge :

- **les conséquences des maladies ou de toute défaillance pathologique d'origine organique ou microbienne, vasculaire ou cardiaque (le décès par maladie imputable au service est considéré comme accidentel sauf le cas de pandémie et d'épidémie) ;**
- **les conséquences d'un acte médical ou chirurgical faisant suite à une maladie ou à toute défaillance pathologique ;**
- **les lésions corporelles entraînées par la répétition d'effort exercés ou subis par l'organisme dans le cadre de la vie professionnelle, de l'activité de réserve, d'un sport ou de la vie courante ;**

- **les rhumatismes, arthrites, lumbagos, sciatiques, tassements vertébraux, hernies discales, tendinites ;**
- **les conséquences de dommages corporels subis par le sociétaire au cours de toute activité sportive pratiquée à titre professionnel ;**
- **les sinistres corporels survenus du fait d'une guerre étrangère déclarée par le parlement français dans les formes de l'article 35 de la constitution ;**
- **les sinistres qui résulteraient de la fission ou de la fusion du noyau de l'atome** (cette exclusion ne s'applique pas en cas d'affectation permanente ou temporaire dans une mission d'activité de réserve où l'activité habituelle est de mettre en œuvre des armes nucléaires ou d'utiliser des sources d'énergies nucléaires) ;
- **les dommages corporels survenus en état d'imprégnation alcoolique.**
- **les conséquences d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,**
- **les séquelles d'accidents antérieurs à la date de souscription ou d'augmentation de la garantie ;** dans ce dernier cas, l'indemnisation est effectuée sur la base du montant contractuel en vigueur avant la modification, éventuellement majorée des indexations intervenues avant l'événement ouvrant droit à prestation.
- **les conséquences d'une opération chirurgicale,**
- **les conséquences de l'usage de stupéfiants ou substances analogues en l'absence de toute prescription médicale, les conséquences de la participation à un duel, une rixe, un crime, un délit intentionnel** (sauf cas de légitime défense),
- **les accidents survenus aux membres du personnel navigant des armées et de l'aéronautique civile lorsqu'ils effectuent des services aériens comme membre d'équipage sans posséder de brevet et licence en état de validité (ou tout document ou habilitation en faisant office) ou lorsque l'aéronef militaire ou civil utilisé ne possède pas son certificat de navigabilité ou l'autorisation de vol délivrée par les services officiels.**

ARTICLE 4 - BÉNÉFICIAIRES

Il s'agit en cas de blessures (indemnités journalières, capital pour incapacité permanente) du sociétaire.

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti est attribué à la ou aux personnes désignées au contrat, à défaut, aux héritiers.

Lors de son adhésion, l'assuré peut désigner toute personne physique ou morale de son choix.

Changement de bénéficiaires

A tout moment, et notamment si la clause bénéficiaire n'est plus appropriée, l'adhérent peut modifier les bénéficiaires de ses contrats.

Tout changement de bénéficiaire doit être porté à la connaissance de l'assureur et peut être notifié par simple courrier à l'assureur, ou par acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel) ou par acte authentique (acte qui fait intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple).

Si le bénéficiaire a accepté formellement sa désignation, le changement de bénéficiaires ne peut intervenir qu'avec son accord (réf. Art. L132-9 du Code des assurances). Elle peut être faite sous seing privé (signé par l'adhérent et par le bénéficiaire) ou par acte authentique.

La modification prend effet à la signature du courrier par l'Assuré de la déclaration ci-dessus et s'impose à l'Assureur dès qu'il en a connaissance sous réserve que cette information lui parvienne avant le règlement du capital décès.

ARTICLE 5 - LA VIE DU CONTRAT

5.1. Formation : adhésion/renonciation

Le futur sociétaire doit compléter et signer une déclaration d'adhésion comportant une déclaration d'état de santé. Les garanties principales peuvent être souscrites jusqu'au 31/12 du 64^{ème} anniversaire.

Les garanties prendront effet, sous réserve de l'acceptation de la société, au plus tôt le lendemain de l'envoi de ce document (le cachet de la poste faisant foi) ou à toute date postérieure précisée par le futur sociétaire.

Lorsque l'assureur a reçu la déclaration d'adhésion et tant qu'il n'a pas accepté ou refusé l'adhésion à l'assurance, l'intéressé bénéficie provisoirement des garanties souscrites, à effet de la date de signature de la déclaration d'adhésion, et à la condition que celle-ci ne soit pas distante de plus de 30 jours de la date de la première échéance de cotisations.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner son acceptation, ou son refus, à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Si l'ensemble des pièces

complémentaires éventuellement demandées n'est pas fourni sous un délai d'un mois, les garanties en cas d'accident accordées provisoirement par l'Assureur sont suspendues et ne reprennent effet que le lendemain du jour de leur réception par l'Assureur qui, à défaut, notifie à l'Adhérent, par lettre recommandée avec accusé de réception, que sa déclaration d'adhésion est sans effet.

L'Assureur peut n'accepter l'adhésion d'une personne qu'à des conditions spéciales de cotisations et/ou de garanties. Dans ce cas, l'Adhérent doit donner son accord sur lesdites conditions dans un délai maximum d'un mois. À défaut, les garanties provisoires sont suspendues et l'Assureur notifie à l'Adhérent, par lettre recommandée avec accusé de réception, que sa déclaration d'adhésion est sans effet.

Toutes les pièces nécessaires à l'affiliation comportant des renseignements particuliers sur l'état de santé de l'Adhérent doivent être adressées sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de l'Assureur (MAA 27 Rue de Madrid 75008 PARIS). Ces pièces sont valables six mois à compter de la date de leur signature. Les frais médicaux correspondants sont payables par l'Adhérent et remboursables par l'Assureur, sur justificatif de la note d'honoraires ou des frais d'examen à concurrence de quatre fois le tarif de Convention d'une consultation de la Sécurité sociale.

A la souscription ou en cours de contrat, toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration entraîne la nullité de l'adhésion (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des garanties (article L.113-9 du Code des assurances).

L'Adhérent dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus, à compter du jour où il est informé que le contrat est accepté, pour renoncer à l'assurance. Il doit alors formuler sa demande par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la Contractante (cf. article L. 132-5-1 du Code des assurances). Afin de faciliter l'exercice de cette faculté, un modèle de lettre de renonciation figure en annexe du présent document.

La renonciation entraîne :

- la restitution par l'Assureur de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée, si aucune garantie n'a été mise en jeu depuis la signature de la déclaration d'adhésion,
- l'annulation de la déclaration d'adhésion.

5.2. Cotisations

1. Montant

Le montant des cotisations tel que précisé en annexe est fonction du capital de base choisi par l'adhérent et de l'indemnité d'incapacité temporaire totale.

2. Paiement

Les cotisations sont payables d'avance au siège de la société. L'adhérent peut choisir de régler sa cotisation par prélèvement en fractions trimestrielles ou semestrielles ou bien par un paiement annuel. La 1ère cotisation est fixée au premier jour du mois civil suivant la signature de la déclaration d'adhésion et constitue à chacun de ses anniversaires

l'échéance principale de l'adhésion.

Celle-ci est conservée pendant toute la durée de l'adhésion, même en cas de modification de garanties.

A la demande de l'adhérent, l'assureur peut accepter une autre date qui ne peut être que le premier jour d'un mois postérieur à la date de signature.

La mise en jeu des garanties ne dispense pas l'Assuré du paiement des cotisations.

3. Non paiement

En cas de non paiement dans les dix jours suivant la date d'échéance, les garanties sont suspendues automatiquement 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée notifiant la mise en demeure prévue à l'article L.113-3 du code des assurances.

Si la cotisation reste impayée, l'assureur peut résilier de plein droit le contrat 10 jours après l'expiration de ce délai.

La résiliation pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas le sociétaire de l'obligation de payer les cotisations émises.

5.3. Dénonciation et résiliation

• Dénonciation

Le contrat peut être dénoncé par le sociétaire ou la société à la date anniversaire du contrat.

La date anniversaire correspond au jour du renouvellement annuel (automatique) du contrat. C'est aussi la date à laquelle s'effectue l'indexation annuelle des garanties et cotisations.

La dénonciation doit être notifiée deux mois avant cette date, le cachet de la

poste faisant foi, par lettre recommandée envoyée :

- par le sociétaire au siège de la société,
- par la société au dernier domicile connu du sociétaire.

Sur l'avis d'échéance correspondant à la date anniversaire du contrat, la société est tenue d'informer le sociétaire qu'il dispose d'un délai de vingt jours à compter de la date d'envoi de cet avis pour dénoncer par lettre recommandée la reconduction du contrat. Passé ce délai, le contrat ne peut être dénoncé au plus tôt qu'à la date anniversaire de l'année N+1.

• Résiliation

Le contrat est résilié de plein droit :

- En cas de décès du sociétaire,
- En cas de retrait total de l'agrément de la société conformément à l'article L 326-2 du code des assurances.

Le contrat peut être résilié :

- Par la société :

- en cas de non-paiement de la cotisation conformément à l'article L 113-3 du code des assurances,

- à la suite d'un sinistre, le sociétaire ayant alors le droit de résilier les autres contrats souscrits par lui auprès de la société conformément à l'article L 191-6 du code des assurances.

- Par le sociétaire :

- en cas de majoration de la cotisation à l'échéance, en dehors de la revalorisation annuelle prévue au contrat.

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée envoyée :

- par la société au dernier domicile connu du sociétaire,
- par le sociétaire au siège de la société.

5.4. Durée

Le contrat est souscrit pour un an à compter de la date de la première échéance, jusqu'au 31 décembre du 65^{ème} anniversaire.

Il se renouvelle par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat, sauf résiliation ou dénonciation par l'une des parties dans les conditions prévues au présent contrat.

5.5. Modifications

L'Assuré peut demander à changer le montant et la nature de ses garanties dans les conditions suivantes :

- à tout moment pour améliorer le niveau des garanties ;

- en cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, séparation, etc.) ou de situation professionnelle (mutation ; reconversion) ;

- au-delà de 12 mois après la souscription (adhésion ou avenant) pour diminuer le niveau des garanties ;

Toute augmentation du capital de base nécessite le renseignement par l'adhérent d'une déclaration d'état de santé ou d'un questionnaire

d'état de santé, si nécessaire.

Toute modification comportant une augmentation des capitaux

est soumise aux mêmes règles qu'en cas d'adhésion nouvelle et notamment à celles afférentes aux exclusions pour la seule partie augmentée des garanties.

5.6. Revalorisation annuelle

Sauf stipulation contraire aux conditions particulières, le contrat est revalorisé annuellement en fonction de la variation de l'indice 100 des rémunérations des personnels civils et militaires telles qu'elles figurent dans les décrets publiés au Journal Officiel.

5.7. Omissions et inexactitudes

En cas d'omission ou d'inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de contrat :

- si le souscripteur est de mauvaise foi, le contrat est réputé nul et non avenue conformément à l'article L.113-8 du code des assurances.

- si la mauvaise foi du souscripteur ne peut être établie, la résiliation peut intervenir à l'initiative de l'assureur conformément à l'article

L.113-9 du code des assurances.

ARTICLE 6 - Obligations incombant à l'assuré

1. Élection de domicile

Chaque Assuré doit faire mention, sur sa déclaration d'adhésion, d'une résidence fixe qui vaut élection de domicile ; tout changement de résidence doit être porté par écrit à la connaissance de la MAA.

2. Contrôle médical

Les médecins et agents délégués 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 agents délégués 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 de son médecin conseil sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; celui-ci peut en contester le bien-fondé dans les quinze jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à l'Assureur par lettre recommandée.

3. Déclaration des sinistres

- Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'accident doit être déclaré dans les six mois qui suivent sa survenance, sous peine de déchéance.
- L'assuré devra faire parvenir au siège de la société une déclaration détaillée sur les circonstances et les conséquences apparentes de l'accident. Il lui appartient de fournir la preuve de la réalité des dommages subis.

Par la suite, il devra faire parvenir à la société tous les documents et renseignements nécessaires pour fixer le montant des indemnités.

Le calcul de l'indemnité est établi d'après le montant du capital garanti, porté sur les conditions particulières au jour du sinistre.

4. 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.

ARTICLE 7 - GARANTIES

7.1. Incapacité temporaire totale (I.T.T.)

L'I.T.T. est la période d'incapacité physiologique médicalement retenue indépendamment de l'arrêt de travail faisant suite à un accident.

Il peut s'agir :

- d'une période d'hospitalisation
- et (ou) d'une période de repos complet à domicile accompagnée du traitement médical approprié.

Sont exclus les séjours en maisons de repos ou de rééducation fonctionnelle ainsi que les cures thermales.

Les indemnités journalières sont versées dès le premier jour en fonction de la durée de l'incapacité prescrite par le médecin, sans pouvoir excéder 365 jours pour un même accident.

Il ne sera versé qu'une indemnité par journée d'incapacité même si l'incapacité est la conséquence de plusieurs accidents.

7.2. Incapacité permanente par accident

L'incapacité permanente est la constatation d'une diminution définitive partielle ou totale de l'intégrité corporelle du sociétaire entraînée par un accident garanti. Lorsque, à la suite d'un accident tel que défini dans le contrat, l'Assuré est atteint d'une invalidité permanente, totale ou partielle, un capital lui est versé.

- L'invalidité est dite totale lorsque conformément aux barèmes et aux règles d'évaluation prévues ci-après, elle atteint 100 %. Le capital est alors dû intégralement.

- Elle est dite partielle dans les autres cas. Seul, alors, un pourcentage du capital est versé.

Evaluation de l'invalidité

L'invalidité ne peut être évaluée avant la consolidation des blessures qui, seule, permet d'affirmer la permanence des séquelles. Le certificat de consolidation est établi à la seule initiative de l'Assuré par son médecin traitant.

Un délai minimum de six mois doit être observé avant l'établissement du certificat de consolidation. En revanche, aucune limite de temps n'est imposée en raison de la durée de certains traitements médicaux.

Si la consolidation n'est pas acquise deux ans après l'accident, l'Assuré doit en informer l'Assureur en adressant au médecin conseil de celui-ci toutes pièces médicales utiles.

Le taux d'invalidité

L'invalidité est calculée sans franchise en fonction d'un taux apprécié après consolidation selon le barème du droit commun, par un médecin mandaté par l'assureur.

En aucun cas, le taux de pension reconnu par un organisme public ou privé ne peut servir de référence et n'est opposable à l'Assureur.

L'Assureur soumet l'Assuré à une visite auprès d'un de ses experts médicaux chargé d'apprécier l'état d'invalidité et son degré. L'Assuré a la possibilité de se faire assister, à ses frais, du médecin de son choix. L'Assuré doit fournir au médecin désigné toutes indications médicales permettant à ce dernier de se faire une opinion sur l'invalidité probable. L'expert médical peut, s'il estime nécessaire recueillir l'avis d'un spécialiste, faire procéder à des examens complémentaires. Les frais de ces examens sont supportés par l'Assureur.

- Seule l'incapacité fonctionnelle est prise en compte, à l'exclusion du pretium doloris, du préjudice esthétique, du préjudice professionnel ou d'agrément ou d'agrément.
- Après un accident ayant pour conséquence la lésion de plusieurs membres ou organes, les taux d'incapacité respectifs s'additionnent, sans que le total puisse dépasser 100%.
- Si les lésions n'intéressent qu'un seul membre ou organe, le cumul ne peut en aucun cas dépasser le pourcentage d'incapacité prévu au barème pour la perte totale dudit membre ou organe ou de son usage.
- La perte ou la lésion de membres ou organes déjà infirmes est indemnisée par différence entre l'état avant et après l'accident.
- Si l'incapacité reconnue après le sinistre et réputée consolidée s'aggrave ultérieurement, le sociétaire ne reçoit aucune indemnité supplémentaire de ce fait.

Si l'état du sociétaire s'améliore, l'indemnité déjà perçue est acquise.

En cas de désaccord sur le taux d'invalidité retenu par l'Assureur, la procédure d'arbitrage prévue ci-après est appliquée.

7.3. Désaccord sur les conséquences du sinistre

En cas de désaccord sur l'appréciation des conséquences du sinistre, le sociétaire pourra choisir un nouvel expert sur une liste de trois médecins proposés par la MAA. Les frais de l'examen seront partagés par moitié entre le sociétaire et la MAA.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et celui de l'assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager ; faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le Tribunal compétent, éventuellement par voie de référé. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du 3ème médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

7.4. Décès

Déclaration et capital versé

La déclaration du décès doit être faite à l'Assureur dans le délai fixé à l'article 6. Le règlement du capital aux bénéficiaires désignés est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces demandées.

Le capital versé est celui correspondant au montant du capital garanti porté sur les dernières conditions particulières adressées au sociétaire au jour du sinistre.

- Si le décès intervient durant l'activité de réserve, le capital dû aux ayants-droits est doublé. Le trajet incluant le parcours aller-retour le plus direct entre le domicile du sociétaire et le lieu de son activité de réserve est considéré comme faisant partie intégrante de l'activité de réserve.
- Si le décès survient dans l'année suivant la date de l'accident et qu'il en est la conséquence, les sommes déjà versées éventuellement au titre de garantie « incapacité permanente » seront déduites du capital décès.

ARTICLE 8 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat doit être engagée dans les deux ans à partir de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions prévues par les articles L.114-1 et L.114-2 du code des assurances.

Toutes actions dérivant de la Convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, ce délai étant porté à dix ans pour la garantie décès dans le respect des dispositions de l'article L.114-1 du Code des assurances. Toutefois, la prescription est interrompue (cf. article L.114-2 du Code des assurances) 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 9 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES ET PROTECTION CLIENTÈLE

Protection des données personnelles

Pourquoi recueillir les données personnelles de l'adhérent ?

Les informations personnelles de l'adhérent, de la personne à assurer ou du bénéficiaire sont nécessaires à l'assureur pour respecter ses obligations légales, conclure et gérer le contrat de l'adhérent et mieux le connaître. Elles servent à identifier l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire, à évaluer un risque, à déterminer les préjudices, et lutter contre le blanchiment et la fraude. Les données de santé de l'adhérent font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical. En outre, l'assureur a besoin des données de l'adhérent pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à sa profession (entre autre dans le cadre de la lutte contre le blanchiment).

Avec l'accord express de l'adhérent, ses données servent également un objectif commercial. Elles peuvent être liées à ses habitudes de vie, à sa localisation... Elles aident à mieux le connaître, et ainsi à lui présenter des produits et des services adaptés à ses seuls besoins (profilage). Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de sa satisfaction.

Qui peut consulter ou utiliser les données personnelles ?

Peuvent consulter ou utiliser les données personnelles :

- L'Assureur et le réseau de distribution, utilisé par l'Assureur mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution du contrat : sous-traitants, prestataires, réassureurs. Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, l'assureur conçoit des garanties spécifiques pour assurer la protection complète des données de l'adhérent. Si l'adhérent souhaite des informations sur ces dispositions, il peut écrire à l'adresse indiquée au paragraphe « Comment exercer ses droits ».

- Combien de temps sont conservées les données personnelles ?

Si l'adhésion est définitivement acceptée, l'assureur conserve les données tout au long de l'adhésion au contrat. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Si l'adhésion au contrat n'est pas conclue :

- Les données commerciales sont conservées au maximum 3 ans après le dernier contact. Les données commerciales au maximum 3 ans après le dernier contact ;
- L'assureur conserve les données médicales au maximum 5 ans à partir de leur collecte ; celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

- Quels sont les droits de l'adhérent ?

Consulter, modifier, effacer... l'adhérent et l'assuré disposent de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de leurs données :

- le droit d'opposition, lorsque ses données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à la relation contractuelle ;
- le droit d'accès et de rectification, quand l'adhérent le souhaite ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de ses données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à la relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer ses données à la personne de son choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord qu'il avait donné pour l'utilisation commerciale de ses données ;
- le droit de décider de l'utilisation de ses données personnelles après sa mort. Conservation, communication ou effacement... : l'adhérent désigne un proche, lui indique sa volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer son droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, l'adhérent doit s'adresser directement à la CNIL.

Le site de la CNIL le renseignera en détail sur ses droits et tous les aspects légaux liés à ses données personnelles : www.cnil.fr.

- Qui est en charge des données ?

Au titre de l'assureur : Mutuelle d'Assurance des Armées, 27 rue de Madrid – 75008 Paris.

- Comment exercer ses droits indiqués au paragraphe Données personnelles ?

Pour exercer ses droits, poser une question sur l'ensemble de leurs traitements, une réclamation ou contacter le responsable des données personnelles, l'adhérent peut solliciter :

- l'assureur du contrat par mail à contact@maa-assurance.fr, par courrier à l'adresse MAA, 27 rue de Madrid – 75008 Paris

Dans tous les cas, il doit joindre à sa demande un justificatif d'identité.

En cas de réclamation et si la réponse de l'association ou de l'assureur ne le satisfait pas, l'adhérent peut s'adresser à la CNIL.

9.2. Protection de la clientèle

- Opposition au démarchage téléphonique

Si l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par

téléphone, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique. Toutefois, le démarchage téléphonique pour lui proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels il a au moins un contrat en cours.

- Souscription à distance du contrat

L'adhésion au Contrat peut s'effectuer à distance par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier). En cas d'adhésion à distance, l'ordonnance du 6 Juin 2005 et les articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances sont applicables. Les informations ci-dessous concernent l'adhérent, personne physique domiciliée fiscalement en France, qui adhère au Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de vente à distance.

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

Les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent que lors de l'adhésion au Contrat et pour les adhésions se prorogeant tacitement chaque année.

- Dispositions particulières

L'ensemble des documents qui sont échangés en cours du contrat est exprimé en langue française.

L'adhésion au contrat est conclue dès lors que l'adhérent l'a signée (électroniquement ou manuellement).

Les frais afférents aux techniques de communication à distance sont à la charge de l'adhérent. Ainsi, il supporte les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques et le coût des connexions Internet qui ne peuvent faire l'objet d'aucun remboursement.

- Faculté de renonciation

L'adhérent dispose d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus qui commencent à courir, soit à compter du jour de l'adhésion à distance du contrat, soit à compter du jour de la réception de sa demande d'adhésion si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cependant, ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Les adhésions pour lesquelles s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent a demandé le commencement de l'exécution de son adhésion avant l'expiration du délai de renonciation, et qu'il use de son droit à renonciation, il devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert.

Pour faciliter l'exercice de son droit de renonciation, l'adhérent dispose ci-après d'un modèle de lettre. Cette lettre doit être adressée par courrier recommandé.

- Réclamation

L'assuré ou l'adhérent peut adresser toute réclamation par courriel à l'adresse suivante : contact@maa-assurance.fr

L'Assureur adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'assuré ou l'adhérent a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel à : Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09. Cette démarche est sans préjudice des autres voies d'actions légales.

- Prescription

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions ci-après, l'adhérent peut consulter le site Officiel «www.legifrance.gouv.fr». 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 : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court : 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ; 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé parce

dernier. La prescription est portée à dix 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.

Article L. 114-2 : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 : Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, 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.

Article 2240 : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il

prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 : 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 : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 : 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.

- Autorité de contrôle

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Régulation (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

ANNEXE

MODÈLE LETTRE DE RENONCIATION

Je soussigné(e) M.

demeurant

renonce à mon adhésion police n° au contrat Spécial Réserve souscrit auprès de l'assureur et demande le remboursement de ma cotisation de euros.

Date et signature

COTISATION ANNUELLE

	Capital décès de base	ITT 1 4,00 €	ITT 2 8,00 €	ITT 3 12,00 €	ITT 4 16,00 €	ITT 5 20,00 €	ITT 6 24,00 €	ITT 7 28,00 €	ITT 8 32,00 €	ITT 9 36,00 €	ITT 10 40,00 €	ITT renforcée 50,00 €
Formule R1	8 000 €	53,30 €	73,23 €	93,15 €	113,08 €	133,00 €	152,93 €	172,85 €	192,78 €	212,70 €	232,63 €	
Formule R2	16 000 €	86,68 €	106,60 €	126,53 €	146,45 €	166,38 €	186,30 €	206,23 €	226,15 €	246,08 €	266,00 €	
Formule R3	24 000 €	120,05 €	139,98 €	159,90 €	179,83 €	199,75 €	219,68 €	239,60 €	259,53 €	279,45 €	299,38 €	
Formule R4	32 000 €	153,43 €	173,35 €	193,28 €	213,20 €	233,13 €	253,05 €	272,98 €	292,91 €	312,83 €	332,76 €	
Formule R5	40 000 €	186,80 €	206,73 €	226,65 €	246,58 €	266,51 €	286,43 €	306,36 €	326,28 €	346,21 €	366,13 €	415,94 €
Formule R6	48 000 €	220,18 €	240,11 €	260,03 €	279,96 €	299,88 €	319,81 €	339,73 €	359,66 €	379,58 €	399,51 €	449,32 €
Formule R7	56 000 €	253,56 €	273,48 €	293,41 €	313,33 €	333,26 €	353,18 €	373,11 €	393,03 €	412,96 €	432,88 €	482,70 €
Formule R8	64 000 €	286,93 €	306,86 €	326,78 €	346,71 €	366,63 €	386,56 €	406,48 €	426,41 €	446,33 €	466,26 €	516,07 €
Formule R9	72 000 €	320,31 €	340,23 €	360,16 €	380,08 €	400,01 €	419,93 €	439,86 €	459,78 €	479,71 €	499,63 €	549,45 €
Formule R10	80 000 €	353,68 €	373,61 €	393,53 €	413,46 €	433,38 €	453,31 €	473,23 €	493,16 €	513,08 €	533,01 €	582,82 €

Exemple, cotisation trimestrielle en formule R9 et ITT 5 : 100 euros

VOUS VENEZ DE SOUSCRIRE UNE ADHÉSION À LA MAA

Pour vos correspondances :
Adressez-vous à la Mutuelle d'Assurance des Armées (M.A.A.)
27, rue de Madrid - 75008 Paris
Tél. 01 44 70 73 30

- N'oubliez pas de nous aviser de vos changements d'adresse.
- Si vous désirez changer de bénéficiaire du contrat, avisez-nous par courrier en précisant le nom, le prénom et l'adresse du nouveau bénéficiaire.
- Vous voulez modifier les capitaux garantis : demandez-nous l'imprimé de modification du capital.
- En cas de sinistre, avisez-nous très rapidement :
 - de la date et du lieu de l'accident,
 - de la nature des blessures,
 - des circonstances.

Pour tout renseignement complémentaire, contacter notre conseiller Tégó :

ou contactez la MAA : Tél. 01 44 70 73 30
E-mails :
direction@maa-assurance.fr
production@maa-assurance.fr
sinistre@maa-assurance.fr
secretariat@maa-assurance.fr

Contrat sélectionné par Têgo,
association déclarée régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
SIRET 850 564 402 00012 - 153, rue du Faubourg Saint Honoré 75008 PARIS,
auprès de MAA

