

Notice d'information

Contrat Collectif Prévoyance

Transport Brangeon

Contrat N° 413 65A / 001

La présente notice est destinée à l'ensemble des salariés **non affiliés à la convention AGIRC**.
Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit au 1^{er} janvier 2020 sont définis ci-après.
(Références des Dispositions Générales n° 10 008 198)

Sommaire

I. Sur quelles bases sont calculées vos prestations ?	3
II. Quelques définitions	3
III. Vos garanties en cas de décès	4
1) Quels sont les bénéficiaires ?	4
2) Quelles sont les garanties ?	6
▪ Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie	6
▪ Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident	6
▪ Assurance en cas de décès du conjoint survivant	7
▪ Frais d'obsèques	7
▪ Prédécès du conjoint	7
▪ Prédécès d'un enfant à charge	8
IV. Votre garantie en cas d'arrêt de travail	8
1) Quel est l'objet de la garantie ?	8
2) Que prévoit la garantie ?	8
▪ Indemnités quotidiennes	8
▪ Rente d'invalidité	9
3) Dans quelles limites versons-nous vos prestations ?	10
V. La revalorisation de vos prestations et de votre traitement de référence	10
▪ La revalorisation des rentes en cas de décès	10
▪ La revalorisation des autres prestations et du traitement de référence	11
VI. Le maintien de vos garanties	11
VII. Les exclusions	11
Les exclusions générales	11
Les exclusions propres aux garanties en cas d'accident	11
VIII. Quelles sont les formalités à effectuer en cas de sinistre ?	12
1) Dans quels délais devez vous faire la déclaration ?	12
2) Quelles sont les pièces à fournir ?	12
3) Et si un tiers est responsable ?	13
IX. Les généralités	13
1) Quelles sont les formalités d'affiliation ?	13
2) Quand débutent vos garanties ?	14
3) Quand cessent vos garanties ?	14
4) Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) ?	14
5) Comment s'exerce le contrôle médical ?	15
6) Quel est le délai de prescription ?	16
7) Que se passe-t-il en cas de non renouvellement de votre contrat ?	17
8) Autorité de contrôle	17
9) Protection des données personnelles	17
XI. Et en cas de désaccord ?	21

I. Sur quelles bases sont calculées vos prestations ?

Vos prestations sont déterminées en fonction de votre traitement de référence. Celui-ci est égal aux tranches définies ci-après, de votre salaire brut versé par votre Entreprise et déclaré à l'administration fiscale au titre de la période retenue pour le calcul de vos cotisations et de vos prestations et décomposé comme suit :

- Tranche 1 ou "T1" : limitée au plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale,
- Tranche 2 ou "T2" : comprise entre une fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Votre traitement de référence pris en compte pour le calcul des prestations est :

- s'il s'agit de votre salaire annuel brut, égal au montant du salaire ayant donné lieu à paiement de votre cotisation, au cours des douze derniers mois civils consécutifs précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations,
- s'il s'agit de votre salaire annuel net, pour la détermination de vos prestations en cas d'arrêt de travail, égal au salaire brut susvisé diminué des retenues salariales légales ou conventionnelles à caractère obligatoire.

Si son montant est réduit ou nul du fait d'absence pour maladie, accident, congé maternité ou paternité, il est reconstitué dans la limite de celui correspondant à votre horaire normal d'activité au cours des douze derniers mois civils consécutifs antérieurs à l'absence.

Lorsque votre Entreprise ne peut justifier, pour vous-même, de douze mois consécutifs de cotisation jusqu'à la date de l'événement (embauche ou mise en place du régime), votre traitement annuel est égal à douze fois la moyenne mensuelle du salaire que vous avez perçu depuis la date d'effet des garanties.

Si le traitement de référence comporte des sommes devenues exigibles du fait de la rupture de votre contrat de travail, nous ne prenons pas celles-ci en compte.

II. Quelques définitions

• Accident :

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

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

• Qu'entend-on par conjoint, concubin, partenaire lié par un «PACS» et enfant(s) à charge ?

- votre conjoint :

Sauf précision contraire, on entend par conjoint, votre conjoint marié, ou à défaut votre partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité «PACS».

- votre concubin :

Est considéré comme concubin, la personne vivant maritalement avec vous et sous réserve que les deux conditions cumulatives soient remplies :

- que vous soyez tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que vous ayez déclaré le concubinage lors de votre affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de votre vie commune si celle-ci est postérieure à la date de votre affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou de tout autre justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif.

En outre, pour la détermination des capitaux décès, la preuve de vie maritale devra dater de plus d'un an à la date de sinistre.

- vos enfants à charge :

A chaque fois que nous faisons référence aux enfants à charge, nous entendons, vos enfants et ceux de votre conjoint (ou de votre concubin, à défaut de conjoint), qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, lorsqu'ils sont fiscalement à votre charge :

- s'ils sont mineurs ou titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles,
- ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes,
 - * être âgés de moins de 26 ans,
 - * ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail sauf lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi dont la rémunération mensuelle est inférieure à 80 % du SMIC (emploi occasionnel ou dans le cadre d'une formation en alternance),
- ainsi que votre enfant né viable moins de 300 jours après votre décès.

Nous considérons comme fiscalement à votre charge, les enfants :

- * pris en compte pour une demi part au moins dans le calcul de l'impôt sur votre revenu,
- * recevant de votre part, une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur votre revenu,
- * que vous avez adoptés ou reconnus, s'ils sont fiscalement à charge de votre partenaire lié par un «PACS» ou de votre concubin.

- vos personnes à charge :

- les enfants tels que définis ci-dessus,
- les ascendants pris en compte pour la détermination du nombre de parts dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable par vous.

Lorsque le calcul de nos prestations tient compte de votre situation de famille ou des personnes à votre charge, celles-ci sont appréciées à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

III. Vos garanties en cas de décès

1) Quels sont les bénéficiaires ?

Si vous venez à décéder, les capitaux garantis sont attribués par ordre de préférence :

- à votre conjoint non séparé de corps,
- à défaut, à votre partenaire lié par un PACS,
- à défaut, à vos enfants nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, à vos père et mère, par parts égales entre eux, ou au survivant en cas de prédécès,
- à défaut, à vos héritiers.

A tout moment, vous pouvez modifier l'ordre énuméré ci-dessus et désigner toute(s) personne(s) physique(s) ou morale(s) de votre choix par acte sous seing privé ou par acte authentique. Vous devrez nous informer par écrit de la désignation de bénéficiaire(s).

Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à notre connaissance de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous devez mentionner les coordonnées de ce dernier afin que nous les utilisions en cas de décès.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation de ce dernier dans les conditions prévues à l'article L 132-9 du Code des assurances. L'acceptation, faite par acte authentique ou sous seing privé signé par le bénéficiaire et vous-même, devra nous être notifiée pour prendre effet.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la clause-type ci-dessus est applicable.

Par dérogation à ce qui précède et indépendamment de toute autre désignation, lorsque le montant du capital est déterminé en tenant compte des personnes à charge, la majoration de capital correspondante ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.

Si le bénéficiaire que vous avez désigné ou en application de la clause-type définie ci-avant assume effectivement la charge des personnes prises en considération pour le calcul des majorations, nous attribuons celles-ci à la personne ainsi désignée.

Si le bénéficiaire désigné n'assume pas effectivement la charge de ces personnes, nous répartissons les majorations entre les personnes à charge par parts égales entre elles.

La part de capital correspondant aux dites majorations est égale à la différence entre le capital dû en fonction de votre situation et de vos charges de famille et le capital que nous aurions dû verser si vous aviez été célibataire sans enfant à charge.

Nous versons alors le reliquat au bénéficiaire que vous avez désigné.

Si vous-même et le ou plusieurs des bénéficiaires désignés venaient à décéder au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, vous êtes présumé avoir survécu pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Les capitaux décès réglés à des personnes physiques sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 132-5 du code des assurances.

Conformément à l'Article L132-27-2 du code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

2) Quelles sont les garanties ?

Garanties et prestations

▪ **Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie**

A votre décès, nous versons un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Toutefois, ce capital vous est versé par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie. Lorsque ce capital a été versé par anticipation, vous ne bénéficiez plus de la garantie décès.

Vous êtes réputé atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsque vous remplissez les conditions cumulatives suivantes :

- nous vous avons reconnu comme définitivement et totalement incapable d'exercer une profession quelconque et vous devez avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
- vous avez reçu la notification par la Sécurité sociale de votre classement en 3^{ème} catégorie d'invalides (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie), ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de la reconnaissance d'une incapacité permanente d'au moins 80 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

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

Le montant de ce capital, exprimé en pourcentage de votre traitement de référence, est fixé à :

- Vous n'avez pas d'enfant à charge et vous êtes :	
. Célibataire, veuf ou divorcé.	75 %
. Marié, concubin ou partenaire lié par un PACS.	100 %
- Vous avez un enfant à charge.	125 %
- Majoration par enfant supplémentaire à charge.	25 %

▪ **Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident**

Lorsque votre décès est consécutif à un accident, à condition toutefois qu'il survienne, au plus tard, un an après la date de votre accident, nous versons un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Ce capital vous est versé par anticipation, si dans les trois ans suivant la date de votre accident, nous vous reconnaissons atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie. Lorsque ce capital a été versé par anticipation, vous ne bénéficiez plus de la garantie décès par suite d'accident.

Pour ouvrir droit à cette prestation, tout accident susceptible d'entraîner le versement anticipé de ce capital doit nous être déclaré dans les douze mois de sa survenance.

Le montant de ce capital, exprimé en pourcentage de votre traitement de référence, est fixé à :

- Vous n'avez pas d'enfant à charge et vous êtes :	
. Célibataire, veuf ou divorcé.	75 %
. Marié, concubin ou partenaire lié par un PACS.	100 %
- Vous avez un enfant à charge.	125 %
- Majoration par enfant supplémentaire à charge.	25 %

▪ Assurance en cas de décès du conjoint survivant

Lorsque votre conjoint (ou votre concubin, à défaut de conjoint) décède après vous alors qu'un ou plusieurs enfants qui étaient à votre charge, demeuraient à sa charge, nous versons au bénéfice des enfants ainsi définis,

Soit

un capital réparti par parts égales entre eux. Le montant de ce capital, exprimé en pourcentage de votre traitement de référence déterminé à la date de votre décès et revalorisé dans les conditions prévues au paragraphe «Revalorisation des autres prestations et du traitement de référence», est fixé à :

. Conjoint ou concubin ayant UN enfant à charge.	125 %
. Majoration par enfant supplémentaire à charge.	25 %

A cet effet, lors de votre décès, nous adressons à votre conjoint (ou à votre concubin) un certificat stipulant que cette assurance conserve ses effets, même après résiliation du contrat, aussi longtemps que l'un quelconque des enfants bénéficiaires demeure à sa charge selon les mêmes critères que ceux définissant vos enfants à charge.

Il est cependant précisé que l'enfant titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, âgé de 26 ans au moins, n'est plus considéré comme étant à la charge de votre conjoint (ou de votre concubin) si ce dernier est âgé d'au moins 65 ans.

La prestation est également versée si vous et votre conjoint (ou votre concubin) venaient à décéder ensemble au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

▪ Frais d'obsèques

Si vous ou votre conjoint (ou votre concubin à défaut de conjoint) ou un de vos enfants à charge, venait à décéder, nous versons une allocation forfaitaire.

Son montant est fixé à **30 %** du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès.

Cette allocation est versée dans tous les cas, dans la limite des frais exposés, à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives.

Le surplus éventuel par rapport aux frais exposés est versé :

- en cas de votre décès, au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s),
- dans les autres cas, à vous-même.

En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans, le montant du capital versé est en tout état de cause limité aux frais réellement exposés.

▪ Prédécès du conjoint

Nous vous versons un capital en cas de décès de votre conjoint (ou de votre concubin, à défaut de conjoint).

Le montant de ce capital est fixé à **8,33 %** de votre traitement de référence.

▪ **Prédécès d'un enfant à charge**

Nous vous versons une indemnité en cas de décès d'un enfant à votre charge.
Le montant de cette indemnité est fixé à **4,16 %** de votre traitement de référence.

En cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, le montant de l'indemnité versée est en tout état de cause, limité aux frais réellement exposés.

IV. Votre garantie en cas d'arrêt de travail

1) Quel est l'objet de la garantie ?

La garantie a pour objet le service de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité par suite de maladie ou d'accident.

Ces prestations ont un caractère indemnitaire.

La garantie comporte le paiement :

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

En aucun cas des indemnités quotidiennes et une rente d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou une rente d'incapacité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 66 % (au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle), ne peuvent être versées simultanément.

Le droit aux prestations prend effet à l'expiration d'un délai de franchise fixé à **30 jours**.

Le délai de franchise est décompté en prenant en considération le nombre de journées d'incapacité de travail intervenues successivement au cours des 365 jours précédant l'arrêt de travail considéré.

Il sera fait application des dispositions ci-avant à chaque nouvel arrêt de travail, sous réserve des dispositions prévues en cas de rechute.

Nous prenons en compte les périodes de mi-temps thérapeutiques indemnisées par la Sécurité sociale dans le calcul de la franchise.

En tout état de cause, nous nous réservons la possibilité d'apprécier par une expertise médicale le bien-fondé de votre état d'incapacité ou d'invalidité.

2) Que prévoit la garantie ?

▪ **Indemnités quotidiennes**

En cas d'arrêt de travail par suite d'incapacité, donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, nous vous réglons, par l'intermédiaire de votre Entreprise, des indemnités quotidiennes.

En cas de rupture de votre contrat de travail, les indemnités quotidiennes vous sont versées directement.

Le montant de notre prestation est égal à la différence entre le montant ci-après et celui du paiement dû par la Sécurité sociale : 1/365^{ème} de **78 %** de votre traitement de référence brut.

Si l'incapacité est imputable à un accident de travail ou à une maladie professionnelle et indemnisée à ce titre par la Sécurité sociale, nous complétons, l'indemnité allouée par cette dernière, à concurrence du montant total des indemnités (Sécurité sociale et nous) que vous auriez perçues dans le cas précédent.

Les indemnités quotidiennes sont réduites de moitié dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- . en cas de reprise à mi-temps d'une activité rémunérée ou lorsque nous considérons que vous êtes en état de reprendre à mi-temps une activité rémunérée,
- . lorsque l'indemnité journalière de la Sécurité sociale est elle-même réduite.

- Cessation des indemnités quotidiennes :

Elles cessent d'être dues :

- . si la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières,
- . en cas de reprise de travail à temps complet, ou lorsque nous considérons que vous êtes en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet,
- . ou à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité, de la pension de vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail.

- Rechute :

En cas de reprise du travail dans votre Entreprise suivie avant deux mois d'un nouvel arrêt pour la même cause, nous reprenons le service des prestations sur les mêmes bases, sans application du délai de franchise :

- . si votre contrat est toujours en vigueur,
- . et si la Sécurité sociale verse des indemnités journalières pour ce nouvel arrêt.

- Précisions importantes :

Il est précisé que :

- si l'incapacité de travail survient hors de l'Espace Economique Européen :
 - . en cas d'hospitalisation, les indemnités quotidiennes ne seront payées que pendant la durée de l'hospitalisation après expiration du délai de franchise,
 - . dans les autres cas, les indemnités quotidiennes ne seront dues que pour les journées d'incapacité postérieures à votre rapatriement en France ou dans l'Espace Economique Européen, les Principautés de Monaco et d'Andorre, Saint Marin, le Vatican et la Suisse.
- le congé légal de maternité ou de paternité n'ouvre pas droit au versement des indemnités quotidiennes.

▪ **Rente d'invalidité**

Vous avez droit au versement d'une rente d'invalidité, lorsque nous reconnaissons que vous remplissez les critères d'attribution fixés à l'article L 341-1 du Code de la Sécurité sociale et que vous percevez en outre une pension d'invalidité ou une rente d'incapacité de la Sécurité sociale.

Nous vous versons cette rente mensuellement à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis.

Le montant mensuel initial de la prestation est déterminé comme suit, en fonction du traitement de référence retenu pour le calcul de l'indemnité quotidienne et revalorisé à la date de l'invalidité :

- lorsque vous percevez de la Sécurité sociale une pension d'invalidité suite à une maladie ou à un accident d'origine non professionnelle :
 - . de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, la prestation est égale à la différence entre le montant ci-après et celui du paiement dû par la Sécurité sociale ainsi que du salaire partiel que vous avez éventuellement maintenu en application de la Convention Collective CARCEPT: 1/12^{ème} de **78 %** du traitement de référence brut,

. de 1^{ère} catégorie, prestation est égale à la différence entre le montant ci-après et celui du paiement dû par la Sécurité sociale ainsi que du salaire partiel que vous avez éventuellement maintenu en application de la Convention Collective CARCEPT: 1/12^{ème} de 47 % du traitement de référence brut,

- lorsque vous percevez de la Sécurité sociale une rente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle :
 - . si le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66 %, elle est complétée à concurrence du montant total des sommes que vous auriez perçu en cas d'invalidité de 2^{ème} catégorie,
 - . si le taux d'incapacité permanente appelé "n" est compris entre 33 % et 66 %, elle est complétée à concurrence du montant total défini à l'alinéa précédent (2^{ème} catégorie), réduit en lui appliquant un coefficient de "n"/66,
 - . aucune prestation n'est due si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 33 %.

- Cessation de la rente d'invalidité :

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

- . si votre état d'invalidité ne répond plus strictement aux conditions ci-dessus, et notamment si la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité,
- . ou à la date d'attribution par la Sécurité sociale de la pension de vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail.

3) Dans quelles limites versons-nous vos prestations ?

Lorsque le montant des prestations tient compte des enfants à charge, la majoration cesse de s'appliquer dès que l'enfant ne justifie plus des conditions requises. Tout nouvel enfant à charge ouvre droit à majoration des prestations en cours de service à compter du jour où celui-ci nous est déclaré et sous réserve de la réception des pièces justificatives.

Le cumul des sommes que nous versons et de toutes celles versées en rémunération d'un travail ou correspondant à un revenu de substitution, ne peut excéder :

- en cas d'incapacité sans rupture du contrat de travail, 100 % de votre traitement de référence brut,
- en cas d'invalidité ainsi que, dans tous les cas, après rupture de votre contrat de travail, 100 % de votre traitement de référence net.

Le dépassement éventuel réduit d'autant notre prestation.

Toutefois, si vous poursuivez une activité salariée à temps partiel, l'application de la règle de cumul ci-dessus ne pourra pas entraîner la révision à la baisse de notre prestation en cas d'augmentation de votre salaire (sauf si cette augmentation résulte d'un allongement de votre temps de travail effectif).

V. La revalorisation de vos prestations et de votre traitement de référence

▪ La revalorisation des rentes en cas de décès

Les rentes sont calculées en fonction de votre traitement de référence déterminé à la date de votre décès. Le montant ainsi obtenu est revalorisé par la suite et, au plus tôt, six mois après la date de votre décès, en fonction des modifications de la valeur du point de retraite **ARRCO**.

A la date de résiliation du contrat ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, nous cessons de revaloriser, le niveau des revalorisations est alors maintenu à celui atteint à cette date.

▪ La revalorisation des autres prestations et du traitement de référence

Le montant des indemnités quotidiennes, de la rente d'invalidité et du traitement de référence des garanties en cas de décès est revalorisé, au plus tôt, six mois, jour pour jour, après votre arrêt de travail (ou votre décès pour la garantie Assurance en cas de décès du conjoint survivant), puis, lors de chaque modification de la valeur du point de retraite **ARRCO**.

A la date de résiliation du contrat ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, nous cessons de revaloriser, le niveau des revalorisations est alors maintenu à celui atteint à cette date.

VI. Le maintien de vos garanties

Lorsque vous êtes en incapacité de travail ou en invalidité, les garanties en cas de décès, y compris le paiement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, vous sont maintenues aussi longtemps que vous vous trouvez dans cette situation, même après résiliation du contrat, dans les conditions suivantes.

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

Les garanties maintenues sont celles en vigueur la veille du premier jour de votre arrêt de travail.

Lorsque vous cessez de faire partie des effectifs de l'Entreprise, ces garanties subsistent toutefois, dans ce dernier cas, le montant des prestations correspondantes est réduit lorsque vous ne percevez de la Sécurité sociale que :

- . soit des indemnités journalières réduites ou si nous établissons que vous pouvez reprendre une activité professionnelle à mi-temps, la réduction étant de 50 %,
- . soit la pension de la 1^{ère} catégorie, la réduction étant de 40 %,
- . soit la rente d'incapacité de travail au titre d'une incapacité permanente de taux compris entre 33 % et 66 %, la réduction étant obtenue en appliquant le coefficient "n"/66.

Outre les cas prévus au paragraphe «Quand cessent vos garanties ?», les garanties maintenues cessent dès que votre incapacité ou votre invalidité n'est plus de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité.

VII. Les exclusions

Les exclusions générales

Nous excluons de toutes les garanties :

- . les conséquences d'une guerre civile ou d'une insurrection ou d'une guerre ou agression étrangère, pour les risques survenant en France,
- . les conséquences de votre participation active à une guerre où la France n'est pas belligérante, une insurrection, une émeute, un mouvement populaire, un attentat ou une tentative d'attentat, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à une personne en danger,
- . votre suicide, avant une année continue d'affiliation (toutefois, le suicide est garanti si du fait de votre affiliation au présent contrat et, précédemment, à un autre contrat d'Assurance de Groupe à adhésion obligatoire, vous réunissez une année continue d'assurance à la date du suicide),
- . les conséquences de maladie ou d'accident qui sont votre fait volontaire, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

Les exclusions propres aux garanties en cas d'accident

Nous excluons des garanties Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident, les conséquences :

- . du fait volontaire du bénéficiaire,

- . de l'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, la personne garantie à l'origine de l'accident avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux caractérisant l'état d'alcoolémie répréhensible en vertu de la législation française,
- . de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale,
- . de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel,
- . de votre détention, votre possession ou votre manipulation sur le lieu de l'accident soit d'engins de guerre, soit d'une arme dont la détention est interdite,
- . d'un acte de belligérance ou de terrorisme revendiqué ou non,
- . de votre participation à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- . d'accident résultant de votre utilisation (y compris en qualité de passager) de deltaplanes, parapentes, d'avions ultra légers motorisés et de tous autres aéronefs non agréés pour effectuer du transport public,
- . de sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- . de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics ou la Fédération sportive concernée, de telle manière que vous ne pouviez en ignorer le risque,
- . d'accident survenu au cours de votre participation à des compétitions ou démonstrations aériennes, exercices de voltige, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes ou appareils non munis d'un certificat de navigabilité, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués.

VIII. Quelles sont les formalités à effectuer en cas de sinistre ?

1) Dans quels délais devez vous faire la déclaration ?

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

- . **décès** : dans les **douze mois** au plus tard suivant la date du décès,
- . **perte totale et irréversible d'autonomie** : dans les **douze mois** au plus tard suivant le jour de votre notification par la Sécurité sociale de votre classement parmi les invalides de 3^{ème} catégorie ou de la date d'effet de la rente versée par la Sécurité sociale, en cas d'accident du travail, pour une incapacité permanente à 80 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne,
- . **perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident** : dans les mêmes délais que ci dessus, l'accident devant de plus être déclaré dans les **douze mois** de sa survenance.
- . **arrêt de travail** : il doit être porté à notre connaissance au plus tard dans les **deux mois** suivant l'expiration du délai de franchise. Il sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai,
- . **invalidité** : l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité doit être portée à notre connaissance dans les **six mois** au plus tard de sa date d'effet.

2) Quelles sont les pièces à fournir ?

- **En cas de décès** :

- . une photocopie intégrale du livret de famille,
- . une photocopie du Pacte Civil de Solidarité,
- . une copie intégrale de votre acte de naissance,
- . un extrait d'acte de naissance du (des) bénéficiaire(s), tant en ce qui concerne les bénéficiaires du capital décès que les bénéficiaires de la rente,
- . le dernier avis d'imposition, en cas de personne à charge,
- . si le décès intervient pendant un arrêt de travail, les volets de la Sécurité sociale mentionnant le paiement des indemnités journalières,

- Et si des frais d'obsèques sont dus :

- . les justificatifs correspondants (montant, les coordonnées de la personne les ayant acquittés),

- En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- . la notification par la Sécurité sociale, soit du classement dans la 3^{ème} catégorie d'invalides, soit de l'attribution d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle au taux minimum de 80 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne,
- . un extrait de votre acte de naissance,
- . le dernier avis d'imposition,
- . si la perte totale et irréversible d'autonomie intervient pendant un arrêt de travail, les volets de la Sécurité sociale mentionnant le paiement des indemnités journalières,

- En cas de sinistre d'origine accidentelle :

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

- En cas d'arrêt de travail :

- . la déclaration d'incapacité – invalidité de travail dûment complétée par votre Employeur (cachet plus signature) précisant notamment le montant des salaires versés au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail,
- . l'attestation médicale dûment remplie par votre médecin traitant et adressée à notre médecin conseil, sous enveloppe portant la mention "Secret médical",
- . une photocopie des volets Sécurité sociale mentionnant les indemnités journalières,
- . la photocopie des bulletins de salaire.

- En cas d'invalidité :

- . la photocopie de la notification d'attribution définitive d'une pension d'invalidité,
- . la photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice n-1 pour déterminer les prélèvements sociaux,
- . le relevé d'identité bancaire ou postal pour règlement par virement,
- . la fiche de paie du dernier mois d'activité,
- . le justificatif de la pension versée par la Sécurité sociale, ou à défaut, un justificatif précisant le règlement de ces sommes,
- . si vous poursuivez une activité salariée, les photocopies des bulletins de salaire pour le trimestre concerné, ou l'attestation des versements des indemnités de Pôle Emploi.

- Après la rupture du contrat de travail (licenciement) :

- . une photocopie de la lettre de rupture de votre contrat de travail ou une attestation de votre Employeur nous précisant votre date de sortie,
- . une photocopie de l'attestation de paiement ou de non-paiement de Pôle Emploi,

Nous vous précisons que nous pouvons demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

3) Et si un tiers est responsable ?

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations nous donne subrogation en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.
Nous renonçons à toute action récursoire contre votre entreprise.

IX. Les généralités

1) Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous devez, au moment de votre affiliation, remplir et signer une demande individuelle d'affiliation pouvant comporter un questionnaire d'état de santé et désigner les bénéficiaires en cas de décès.

Transport Brangeon – Régime de Prévoyance des salariés non affiliés à la convention AGIRC en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Lorsque la demande individuelle d'affiliation comporte un questionnaire d'état de santé, nous pouvons demander, si nécessaire, l'accomplissement de formalités médicales ou la production de toute information complémentaire.

2) Quand débutent vos garanties ?

Vous prenez la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

- Si vous êtes affilié lors de la prise d'effet du contrat,
 - dès cette dernière date,
- Si vous êtes affilié postérieurement à la date d'effet du contrat,
 - à votre date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer.

3) Quand cessent vos garanties ?

Toutes les garanties, y compris la garantie prévue au paragraphe «Le maintien des garanties» cessent en tout état de cause :

- dès que vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel à laquelle le contrat d'assurance s'applique, sous réserve des dispositions prévues aux paragraphes «Le maintien des garanties», d'une part et au Titre IV 4 Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de la garantie « portabilité » d'autre part,
- et au plus tard à la date de l'attribution de votre pension vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale,
- en cas de résiliation de votre contrat d'assurance.

En cas de suspension de votre contrat de travail pour toute autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, une maternité ou une paternité, les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période.

4) Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) ?

Objet :

Les garanties prévues au contrat sont maintenues à votre profit à condition que vous en ayez bénéficié jusqu'à la date de cessation du contrat de travail et si postérieurement à la dite date, vous vous trouvez en situation de bénéficier des dispositions de l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Les conditions requises afin de bénéficier du maintien des garanties sont les suivantes :

- La cessation du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde,
- Suite à cette cessation, vous remplissez les conditions vous permettant de bénéficier de l'assurance chômage.

Point de départ et durée du maintien des garanties

Sous réserve que vous remplissiez les conditions énumérées ci-dessus, le maintien des garanties débute à la date de cessation de votre contrat de travail, et se poursuit pendant une durée égale (en mois entiers le cas échéant arrondi au nombre supérieur) à celle de votre dernier contrat de travail, ou de vos derniers contrats de travail successifs au sein de votre entreprise, sans que cette durée ne puisse être supérieure à 12 mois.

Formalités à accomplir

Votre employeur vous remet le document de maintien des garanties que vous complétez et lui retournez signé, avant la date de cessation de votre contrat de travail.

A l'ouverture et en cours de période de maintien des garanties, vous devrez justifier auprès de nous que vous remplissez les conditions prévues par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale et notamment de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Vous êtes tenu de nous informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage, lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien des garanties.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans votre entreprise. Toutefois, l'indemnité quotidienne prévue en cas d'incapacité de travail ne peut excéder, prestations de la Sécurité sociale comprises, 100 % des prestations du régime d'assurance chômage que vous auriez perçues pour la même période.

En cas de modification de ces garanties, vous en êtes informé par votre ancien employeur.

Traitement de référence

Le traitement de référence à prendre en considération, pour la détermination des prestations est égal au total des rémunérations perçues au cours des douze derniers mois civils d'activité (à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation de votre contrat de travail).

Si vous ne pouvez pas justifier de 12 mois de présence dans votre entreprise, le traitement annuel est égal à douze fois la moyenne mensuelle du salaire perçu jusque la date de cessation de votre contrat de travail (à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation de votre contrat de travail).

Cessation des garanties

Les garanties cessent obligatoirement :

- lorsque vous cessez de percevoir vos allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties,
- en cas et à la date de résiliation du contrat par votre ancien employeur (ou de suppression de l'une des garanties).

5) Comment s'exerce le contrôle médical ?

Vous devez laisser libre accès aux médecins et experts que nous désignons afin de pouvoir constater votre état.

Nous pouvons refuser, interrompre ou réduire le droit aux prestations, en raison des conclusions de nos médecins et experts, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Vous devez fournir toute pièce justificative et vous prêter à toute expertise ou examen que nous demandons, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les Dom-Tom si vous y résidez de façon permanente) à défaut, vous vous exposez à la suspension du service des prestations.

Nos décisions prises en fonction des conclusions du médecin conseil vous sont notifiées par courrier recommandé. Vous pouvez en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à notre médecin conseil par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur votre état de santé, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin que vous aurez choisi et le médecin que nous avons délégué.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, nous choisissons ensemble 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.

6) Quel est le délai de prescription ?

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 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 par ce 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.

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

Article L 114-2 du Code des assurances :

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

Article L 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

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

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

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

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

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. 8

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.

7) Que se passe t-il en cas de non renouvellement de votre contrat ?

Lorsque votre contrat d'assurance est résilié et sous réserve qu'il ne soit pas remplacé par un régime collectif de prévoyance souscrit auprès d'un autre organisme, vous pouvez contracter aux conditions de souscription et aux tarifs en vigueur au jour de votre demande, sans questionnaire médical ni délai d'attente, l'un des contrats que nous proposons à titre individuel pour les risques de décès, d'incapacité de travail ou d'invalidité sous réserve que :

- la demande soit effectuée avant l'expiration du délai de préavis de résiliation,
- vous ne soyez pas en arrêt de travail pour des raisons de santé à la date de la demande,
- les garanties demandées prennent effectivement fin du fait de la résiliation,
- les prestations retenues soient au plus égales à celles en cours à la date de résiliation du contrat.

8) Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex.

9) Protection des données personnelles

Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes prospect, adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre adhésion au contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre adhésion au contrat et respecter nos obligations légales

Vos données personnelles nous sont indispensables pour vous identifier comme pour conclure et exécuter votre adhésion au contrat.

Transport Brangeon – Régime de Prévoyance des salariés non affiliés à la convention AGIRC en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Vos données de santé font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux vous connaître... et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation... **Avec votre accord express**, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Si vous adhérez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces garanties, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure une adhésion au contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans maximum après le dernier contact entre vous et votre intermédiaire ;
- médicales : 5 ans maximum à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre adhésion au contrat. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;**
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre mort. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable de vos données ? ».

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

Qui est responsable de vos données ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :
Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

Comment exercer vos droits ?

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire au « responsable des données personnelles » de l'assureur. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe « Vos contacts ».

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.

Vos contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit d'écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

XI. Et en cas de désaccord ?

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si, sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 -1, Cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex ou un courriel à clients@allianz.fr

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances** dont les coordonnées postales sont les suivantes :

TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09,

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

*
* *

Allianz Vie
Entreprise régie par le Code des assurances
S.A. au capital de 643.054.425 euros.
Siège social : 1, cours Michelet CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex
340 234 962 RCS Nanterre