

ASSURANCE « INDIVIDUELLE ACCIDENTS » CE 195 4243 (10/2018)

NOTICE D'INFORMATION valant informations précontractuelles et contractuelles

Souscrit par AUTONOME DE SOLIDARITE UNIVERSITAIRE auprès des ACM IARD SA

OBJET DU CONTRAT

Cette assurance a pour objet de garantir le paiement de capitaux et frais en cas d'accident professionnel ou maladie professionnelle dont les Adhérents seraient victimes pendant l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions (fonctions définies par les statuts et parcours de tout trajet définis par les textes en vigueur).

GARANTIES

Les remboursements perçus auprès de la Sécurité sociale, des organismes de prévoyance collective ou en vertu d'un contrat d'assurance souscrit à titre individuel, viennent en déduction de la prise en charge de l'assureur.

• Décès accidentel professionnel

Lorsque le décès est consécutif à un accident survenu ou à une maladie professionnelle contractée dans l'exercice d'une activité assurée, versement aux bénéficiaires d'un capital fixé à **30 000 € (trente mille euros)**.

L'accident ou la maladie professionnelle doit être la cause exclusive du décès.

Le décès doit survenir dans les vingt-quatre mois suivant la date de cet accident ou de la première constatation médicale de cette maladie.

Le capital décès est revalorisé, à compter du décès de l'Assuré jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement ou, le cas échéant, au dépôt à la Caisse des dépôts et consignations. Cette revalorisation est calculée pour chaque année civile selon le taux le moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Dans le cas où le capital n'aura pu être versé à l'Adhérent à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de terme, il sera versé à la Caisse des Dépôts et Consignations.

• Incapacité Permanente Totale ou Partielle accidentelle professionnelle

En cas d'incapacité permanente résultant d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'exercice d'une activité assurée, versement à l'Adhérent d'un capital déterminé selon le barème d'indemnisation ci-dessous défini, le pourcentage d'incapacité retenu étant celui retenu par le régime de protection sociale obligatoire dont dépend l'Adhérent.

La notion d'incapacité permanente totale ou partielle accidentelle consiste en une diminution du potentiel physique ou psychique de l'Adhérent dont l'état de santé est consolidé ; elle résulte d'une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de l'Adhérent par blessure imputable à un accident ou maladie professionnelle garantis.

L'accident ou la maladie professionnelle doit être la cause exclusive de l'incapacité permanente totale ou partielle.

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère définitif de l'incapacité.

Cette garantie est accordée tant que l'Adhérent n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et au plus tard jusqu'à l'âge de 65 ans.

Barème d'indemnisation de l'incapacité permanente (taux retenu par le régime de protection sociale obligatoire) :

Taux IPP	Capital garanti						
1 %	125 €	26 %	4 290 €	51 %	13 250 €	76 %	32 000 €
2 %	250 €	27 %	4 630 €	52 %	14 000 €	77 %	32 750 €
3 %	375 €	28 %	4 970 €	53 %	14 750 €	78 %	33 500 €
4 %	500 €	29 %	5 310 €	54 %	15 500 €	79 %	34 250 €
5 %	625 €	30 %	5 650 €	55 %	16 250 €	80 %	35 000 €
6 %	750 €	31 %	5 990 €	56 %	17 000 €	81 %	35 750 €
7 %	875 €	32 %	6 330 €	57 %	17 750 €	82 %	36 500 €
8 %	1 000 €	33 %	6 670 €	58 %	18 500 €	83 %	37 250 €
9 %	1 125 €	34 %	7 010 €	59 %	19 250 €	84 %	38 000 €
10 %	1 250 €	35 %	7 350 €	60 %	20 000 €	85 %	38 750 €
11 %	1 350 €	36 %	7 690 €	61 %	20 750 €	86 %	39 500 €
12 %	1 450 €	37 %	8 030 €	62 %	21 500 €	87 %	40 250 €
13 %	1 550 €	38 %	8 370 €	63 %	22 250 €	88 %	41 000 €
14 %	1 650 €	39 %	8 710 €	64 %	23 000 €	89 %	41 750 €
15 %	1 750 €	40 %	9 050 €	65 %	23 750 €	90 %	42 500 €
16 %	1 850 €	41 %	9 390 €	66 %	24 500 €	91 %	43 250 €
17 %	1 950 €	42 %	9 730 €	67 %	25 250 €	92 %	44 000 €
18 %	2 050 €	43 %	10 070 €	68 %	26 000 €	93 %	44 750 €
19 %	2 150 €	44 %	10 410 €	69 %	26 750 €	94 %	45 500 €
20 %	2 250 €	45 %	10 750 €	70 %	27 500 €	95 %	46 250 €
21 %	2 590 €	46 %	11 090 €	71 %	28 250 €	96 %	47 000 €
22 %	2 930 €	47 %	11 430 €	72 %	29 000 €	97 %	47 750 €
23 %	3 270 €	48 %	11 770 €	73 %	29 750 €	98 %	48 500 €
24 %	3 610 €	49 %	12 110 €	74 %	30 500 €	99 %	49 250 €
25 %	3 950 €	50 %	12 500 €	75 %	31 250 €	100 %	50 000 €

En cas de mise à la retraite pour invalidité consécutive à un accident ou une maladie professionnelle garantis, le capital est majoré de 1 % par année de carrière restant à accomplir dans la limite de 41 annuités et de l'âge de 65 ans.

En cas de nécessité reconnue d'une tierce personne, le capital garanti du tableau ci-dessus est majoré de 50%.

Les indemnités en cas de décès ou d'incapacité permanente ne se cumulent pas. Toutefois si, dans les 24 mois qui suivent un accident garanti, l'Adhérent décède des suites de cet accident après que l'Assureur ait versé une indemnité pour incapacité permanente, les bénéficiaires pourront percevoir le capital assuré en cas de décès, diminué des indemnités pour incapacité permanente déjà perçues.

• Frais médicaux

L'indemnisation des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, de bris de lunettes et de lentilles cornéennes, d'appareils auditifs, d'appareils dentaires ainsi que les frais de prothèse et d'orthopédie, consécutifs à un accident garanti (sans emploi de métaux précieux pour la prothèse dentaire) intervient s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être garanties à l'Adhérent pour les mêmes dommages par la Sécurité sociale ou par tout autre régime de prévoyance collective sans que l'Adhérent puisse percevoir, au total, un montant supérieur à celui de ses débours réels.

Frais médicalement prescrits

Prise en charge dans la limite des frais réels, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

Prothèses, appareils orthopédiques

Prise en charge pour les prothèses et appareils orthopédiques autres que ceux visés ci-après, dans la double-limite du double du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et de 3.050,00 € par sinistre et par Adhérent, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

Prothèses dentaires

Prise en charge à hauteur de 500,00 € maximum par dent, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

Prothèses auditives

Prise en charge à hauteur de 500,00 € maximum par appareil monaural, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

Bris de lunettes et de lentilles cornéennes

Prise en charge à hauteur de 100,00 € maximum, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

ETENDUE TERRITORIALE

La garantie s'applique exclusivement en France Métropolitaine, dans les départements, les territoires et les collectivités territoriales d'Outre-Mer.

En cas d'échange d'enseignants ou de déplacement effectué dans le cadre d'une activité assurée, la garantie est étendue au monde entier.

PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat d'assurance prend effet :

- pour les adhérents de l'année d'assurance précédente : au 1^{er} septembre de chaque année, sous réserve du paiement de la cotisation dans les deux mois suivants cette date et du lendemain de la date de paiement de la cotisation si celui-ci est effectué après le délai de deux mois;
- pour les nouveaux adhérents : au lendemain de la date de paiement de la cotisation, le **Souscripteur s'engageant à tenir un registre à cet effet.**

L'adhésion n'est pas soumise à formalités médicales.

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion.

L'adhésion est accordée pour un an et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année.

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation du contrat par le Souscripteur ;
- en cas de redressement, liquidation judiciaire ou dissolution du Souscripteur ou de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date où l'Adhérent atteint la limite d'âge fixée pour chaque garantie ;
- à la date où l'Adhérent perd sa qualité de membre du Souscripteur ;
- en cas de résiliation de l'adhésion moyennant un préavis de deux mois ;
- en cas de déclaration erronée faite dans le but d'obtenir des prestations indues.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte, faite de mauvaise foi, l'adhésion ne peut être résiliée tant que l'Adhérent fait partie de l'effectif assurable du groupe et à condition que la cotisation ait été réglée.

PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription : aux termes de l'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. »

Causes d'interruption de la prescription : Aux termes de l'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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressés 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. »

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé
- tout acte d'exécution forcée
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution.

SINISTRES

En cas de sinistres, l'Adhérent peut utiliser le modèle de déclaration remis par le Souscripteur à l'adhésion.

L'Adhérent envoie la demande, accompagnée des pièces justificatives nécessaires, à l'adresse suivante :

Service Médical Sinistres, Assurances de Personnes

46 rue Jules Méline

53098 LAVAL CEDEX 09

en indiquant « Lettre confidentielle » sur l'enveloppe.

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, la déclaration de sinistre doit parvenir à l'Assureur dans les huit jours de la survenance de celui-ci.

Les pièces nécessaires sont les suivantes :

- un bulletin de décès ou une pièce justificative de l'incapacité permanente totale ou partielle ;
- les pièces permettant la justification des charges de famille existant au jour du décès (toute pièce de nature à justifier le droit du ou des bénéficiaires...);
- la déclaration de l'accident mentionnant : date, circonstances et lieu de l'accident ; ainsi que tout élément justifiant de la relation directe de cause à effet entre cet accident et le décès ou incapacité permanente totale ou partielle ;
- en cas soins médicaux : originaux des décomptes de la Sécurité sociale et pièces justificatives des frais engagés (factures acquittées...);
- un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires.

EXPERTISE ET LITIGES

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'Adhérent doit se prêter à toute expertise ou tout examen que l'Assureur estime nécessaire et fournir toutes pièces justificatives qui lui sont réclamées. Les frais engagés seront à la charge de l'Assureur.

Pour tout litige survenant avec les Adhérents pour l'indemnisation des sinistres, une expertise est toujours obligatoire, préalablement à tout recours judiciaire, sous réserve des droits respectifs des parties.

Chacune des parties choisit son expert et prend en charge les frais d'honoraires correspondant. L'Adhérent est libre de se faire assister par le médecin de son choix.

Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. En cas de nomination du tiers expert, ses honoraires sont payés par moitié par l'Assureur, moitié par l'Adhérent. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son expert, ou par les deux parties de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du siège social de l'Assureur. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception.

En cas de litige de nature médicale, les experts devront obligatoirement être docteurs en médecine inscrits à la cour d'appel.

SUBROGATION

L'Assureur est subrogé, dans les termes de l'article L.121-12 du Code des Assurances, dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence des prestations payées.

EXCLUSIONS

Sont exclues de toutes les garanties, les conséquences résultant des événements suivants :

- guerres étrangères ou civiles et les actes assimilables à une guerre (déclarée ou non) ;
- attentats, actes de terrorisme, émeutes, insurrections et mouvements populaires dans lesquels l'Assuré est impliqué en qualité d'auteur ou de complice, ou auxquels il a apporté son soutien direct ou indirect de quelque manière que ce soit ;
- participation volontaire de l'Assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe, sauf le cas de légitime défense ou d'assistance à une personne en danger ;
- effets directs ou indirects d'irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
- suicide ou tentative de suicide, suite et conséquence ;
- accidents s'il est révélé qu'au moment de l'accident l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L.234-1 du Code de la route et relevant des délits ;
- accidents survenus sous l'emprise de drogues, stupéfiants, anabolisants, substances ou plantes classées comme stupéfiants selon la législation en vigueur, ainsi que les produits de substitution non prescrits médicalement ;
- expérimentations biomédicales ;
- accidents qui sont le fait volontaire de l'Adhérent ou du bénéficiaire ;
- pratique de sports aériens dans le cadre de compétitions, démonstrations, acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai, vols de prototypes, tentatives de records ou d'exploits ;
- compétitions sportives avec utilisation d'un véhicule à moteur (en tant que concurrent ou entraîneur) ;
- participation en tant que concurrent à des compétitions, matchs, paris ou à leurs essais, sauf s'ils sont effectués dans le cadre de manifestations à caractère scolaire ;
- pratique de sports, sauf en ce qui concerne les activités sportives pratiquées, soit au cours des leçons d'éducation physique ou d'initiation sportive faites aux élèves, soit au cours de stages de formation initiale ou continue ;
- participation à tout acte de chasse ;
- accidents ou infirmités dont la date de survenance est antérieure au contrat ;
- toute affection organique dont l'Adhérent sera atteint à l'exception des maladies professionnelles et des conséquences d'un accident compris dans la garantie ;
- les cures d'amaigrissement non prescrites médicalement, les cures de rajeunissement et les soins esthétiques.

Ne sont pas considérés comme accidents, quand ils ne sont pas la conséquence d'un accident garanti :

- les maladies, opérations chirurgicales, apoplexie, congélations, insolation, congestions ;
- les hernies, lombagos, les efforts, ruptures musculaires, durillons, fausses couches ;
- les lésions causées par les rayons ionisants, le radium et ses composés ou dérivés, sauf si elles résultent pour la personne traitée d'un fonctionnement défectueux ou d'une fausse manipulation des instruments et sont la conséquence d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un accident garanti.

Sont exclus des garanties, les événements soudains, parfois qualifiés d'accidentels liés à une affection organique, connue ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.

INFORMATIONS LEGALES

• Communication d'informations par voie électronique

Si l'Adhérent a communiqué à l'Assureur une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, cette adresse sera utilisée pour la poursuite des relations afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat. L'Adhérent dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite des relations.

• Droit et langue applicables

La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux

départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque. Toute relation avec l'Adhérent se fait en langue française, ce que ce dernier accepte expressément.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de l'adhésion au contrat ou ultérieurement, les parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

• Autorité de contrôle

L'autorité de contrôle des ACM IARD SA est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

• Données personnelles

1. Le traitement des données personnelles

1.1. Pourquoi traitons-nous les données personnelles ?

La collecte et le traitement des données personnelles sont tout d'abord nécessaires à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales résultant de normes nationales ou internationales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale (dispositifs FICOVIE, IFU, FATCA, EAI,...) ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Les données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, les données peuvent être utilisées, avec l'accord du Souscripteur, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires.

1.2. A qui les données peuvent-elles être transmises ?

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

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

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

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

Les données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

1.3. Quelles précautions prenons-nous pour traiter les données de santé ?

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

1.4. Combien de temps les données seront-elles conservées ?

Les données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion (en l'absence de conclusion de contrat, vos données seront conservées pour une durée fixée par la réglementation en vigueur). En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de

cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

2. Les droits dont vous disposez

2.1. De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

2.2. Comment pouvez-vous les faire valoir ?

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

2.3. En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

• Liste d'opposition au démarchage téléphonique

L'Adhérent a la faculté de s'inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de le démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En sa qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques pour lui présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.

• Réclamation

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, l'Adhérent peut consulter son interlocuteur habituel. Si sa réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent pourra adresser sa réclamation au Responsable des Relations Consommateurs de ACM IARD SA - 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen - 67906 STRASBOURG CEDEX 9. Une réponse sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui seraient alors exposées. Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plate-forme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

• Médiation

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges et réponse définitive de l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges opposant un particulier à l'assureur sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ». Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

DEFINITIONS

Accident professionnel : toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'Adhérent, suite à des événements survenus lors de l'activité assurée, soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures.

Activité assurée : toute activité de l'Adhérent pendant l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions d'enseignement ou d'éducation laïcs, ainsi que durant les trajets et parcours tels que définis par les textes en vigueur de la fonction publique et du Code de la Sécurité sociale.

Adhérent : toute personne physique membre de AUTONOME DE SOLIDARITE UNIVERSITAIRE pendant la durée de son adhésion, à jour de ses cotisations, y compris le personnel médical, médecins et infirmiers scolaires, les animateurs occasionnels durant les vacances scolaires ainsi que les bénévoles autorisés par le chef d'établissement à participer aux activités de l'éducation nationale.

Année scolaire : période allant du 1^{er} septembre au 31 août.

Assureur : ACM IARD SA, 4 rue Frédéric Guillaume Raiffeisen 67906 STRASBOURG CEDEX 9

Bénéficiaires : En cas de décès de l'Adhérent, le capital est versé, sauf désignation particulière :

- au conjoint non séparé de droit, non divorcé ;
- à défaut, aux enfants par part égales entre eux ;
- à défaut, aux parents par part égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers.

Le conjoint s'entend comme :

- la personne mariée à l'assuré,
- la personne signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) avec l'assuré,
- le concubin notoire, libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'assuré et vivant sous le même toit que l'assuré.

Désignation des bénéficiaires :

L'Adhérent peut modifier le ou les bénéficiaire(s), notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Adhérent peut désigner nommément un bénéficiaire et porter à l'adhésion les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré. L'Adhérent peut modifier la clause bénéficiaire lorsqu'il le souhaite. A défaut de désignation valable au jour du décès, ou de bénéficiaire désigné pour tout ou partie du capital constitué, celui-ci sera versé aux héritiers de l'Adhérent. Le bénéficiaire en cas de décès nommément désigné a la faculté d'accepter la désignation. Tant que l'Adhérent est en vie, l'acceptation doit prendre la forme soit d'un avenant, soit d'un acte sous seing privé ou acte authentique signé par l'Adhérent et du bénéficiaire et notifié à l'Assureur. L'acceptation de la désignation de bénéficiaire prive l'Adhérent, sauf accord du bénéficiaire, de ses droits sur le contrat et notamment de son droit de procéder à la modification du bénéficiaire du contrat.

L'attention de l'Adhérent est attirée sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation particulière de bénéficiaire(s).

Maladie professionnelle : toute maladie contractée dans l'exercice des fonctions et reconnue telle par l'autorité compétente en référence aux articles L 461-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale.

Souscripteur : AUTONOME DE SOLIDARITE UNIVERSITAIRE, 6 boulevard Louis Lumière 42000 SAINT ETIENNE

Pour toute information ou réclamation concernant ce contrat vous pouvez contacter :

AUTONOME DE SOLIDARITE UNIVERSITAIRE
Service Adhésion
6 boulevard Louis Lumière
42000 SAINT ETIENNE

asu42@wanadoo.fr
www.solidaireuniversitaire.fr