

Notice d'information du contrat d'assurance collectif

« Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

OBJET DU CONTRAT

Le contrat en référence est un contrat collectif d'assurance à **adhésions facultatives**

Il est souscrit par l'**Association des Equipages de Cabine (AEC)** - auprès de HDI Global SE – l'**assureur** - par l'intermédiaire de :

HENNER-BRH

Courtier en Assurances
14, boulevard du Général Leclerc
92200 NEUILLY SUR SEINE

en vue de proposer aux membres adhérents PERSONNEL NAVIGANT COMMERCIAL de l'**association** les garanties d'assurance suivantes :

- capital en cas de **PERTE DE LICENCE** de l'**adhérent/assuré** consécutif à une **maladie** ou à un **accident**,
- indemnité journalière en cas d'**INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL** de l'**adhérent/assuré** consécutif à une **maladie** ou à un **accident**.

Article 1 – ADHERENT / ASSURE

A qualité d'**adhérent/assuré** tout **personnel navigant commercial** membre de l'**association** titulaire d'un certificat d'adhésion au présent contrat émis par l'**assureur** et à jour du paiement de sa cotisation.

Article 2 – LES DEFINITIONS

Accident/Accidentel(le)

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'**assuré**, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure dont l'**assuré** est victime, ainsi que les **maladies** qui seraient les conséquences directes d'une telle atteinte.

Au titre du contrat, ne sont pas considérés comme **accident** :

- les atteintes corporelles consécutives à un acte volontaire commis par l'**assuré** et dont il est la victime,
- toute **maladie** qui ne serait pas une conséquence directe d'une atteinte corporelle dont l'**assuré** est victime.

Assureur

HDI Global SE France Direction pour la France Tour Opus 12 – La Défense 9 77 Esplanade du Général de Gaulle F 92914 PARIS LA DEFENSE CEDEX F 92914 PARIS LA DEFENSE CEDEX Web : www.hdi.global – Entreprise régie par le Code des Assurances - R.C.S Nanterre 478 913 882 Siège social HDI Global SE – HDI – Platz 1 D 30659 Hannover - Capital social : 125 000 000 EUR

Déchéance

Privation du droit aux sommes ou aux services prévus dans le contrat par suite du non-respect par l'**assuré** de certaines obligations qui lui sont imposées.

Domicile / Pays de domicile

Pays dans lequel l'**assuré** à son lieu de résidence habituel L'adresse fiscale est considérée comme le **domicile** en cas de litige.

Dommage corporel

Toute atteinte physique et/ou psychique subie par une personne physique.

Epidémie

Par épidémie il faut entendre l'accroissement anormal du nombre de cas d'une maladie, infectieuse ou non, qui existe à l'état endémique, dans une région donnée ou au sein d'une population et/ou l'apparition d'un grand nombre de cas d'une maladie, infectieuse ou non, dans une région donnée ou au sein d'une population qui en sont normalement exemptes.

Evénement

Toute circonstance susceptible de provoquer ou ayant provoqué un sinistre.

Franchise

Somme fixée forfaitairement au contrat et restant à la charge de l'**assuré** en cas d'indemnisation survenant à la suite d'un **sinistre** garanti. La **franchise** peut également être exprimée en jour ou en pourcentage.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement légalement constitué et destiné aux soins et aux traitements de personnes malades ou blessées, hospitalisées à titre payant, doté d'installations permanentes permettant l'établissement de diagnostics et la réalisation d'opérations chirurgicales sous la supervision d'une équipe de médecins.

N'est pas considéré comme une **hospitalisation**, tout séjour dans un centre ou une unité de soins infirmiers, une maison de repos, une maison de convalescence, un établissement de soins en milieu surveillé, un foyer pour personnes âgées, un établissement réservé aux personnes souffrant de troubles mentaux ou du comportement, un sanatorium, ou un centre de traitement pour alcooliques ou toxicomanes.

Licence

Document dit CCA émis par la DGAC permettant à un **personnel navigant commercial** d'exercer sa profession.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé de l'**assuré**, n'ayant pas pour origine un **accident** corporel, dument constatée par une autorité médicale compétente.

Médecin

Médecin diplômé d'une faculté de médecine reconnue, laquelle figure dans le répertoire des facultés de médecine publié par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui est agréé par les autorités médicales compétentes du pays dans lequel le traitement est dispensé, et qui exerce sa profession dans le cadre de l'autorisation d'exercer qui lui a été délivrée et du diplôme qu'il a obtenu.

Membre

Personnel navigant commercial membre de l'Association des Equipages de Cabines et demandant à adhérer au contrat.

Pandémie

Par pandémie il faut entendre l'extension d'une **épidémie** à un niveau dépassant le niveau régional et les frontières des états. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), pour parler de pandémie, la maladie, infectieuse ou non, doit toucher au moins deux continents.

Notice d'information du contrat d'assurance collectif

« Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

Personnel Navigant Commercial (PNC)

Personnel d'une compagnie aérienne - hôtesse de l'air pour les femmes et steward pour les hommes - ayant pour fonction d'assurer la sécurité des passagers à bord d'un aéronef, mais aussi l'accueil, le confort et la fidélisation de la clientèle.

Sinistre

Un **événement** dont la réalisation répond aux conditions requises par le contrat et susceptible d'entraîner l'application des garanties souscrites.

Souscripteur du contrat / association

L'ASSOCIATION DES EQUIPAGES DE CABINE (AEC) - 1, rue de La Haye CS 18939 Tremblay en France - 95732 ROISSY CDG Cedex

Substances Biologiques

Tout micro-organisme pathogène (producteur de maladie) et/ou toxine produite biologiquement (y compris des organismes modifiés génétiquement ou des toxines synthétisées chimiquement) susceptibles de provoquer une maladie, une invalidité ou le décès chez les humains ou animaux.

Substances Chimiques

Tout composant chimique solide, liquide ou gazeux qui, selon la manipulation qui en est faite, est susceptible de provoquer une maladie, une invalidité ou le décès chez les humains ou animaux.

Substances Nucléaires

Tous les éléments, particules, atomes ou matières qui par des émissions, rejets, dispersions, dégagements ou échappements de matériaux radioactifs émettent un niveau de radiation par ionisation, fission, fusion, rupture ou stabilisation.

Territorialité

Etat ou zone géographique dans lequel les garanties du contrat sont acquises aux **assurés**, sous réserve des exclusions contractuelles.

Article 3 – CONDITIONS D'ADHESION AU CONTRAT

Peuvent adhérer au contrat, les **membres**, exerçant effectivement leur activité en tant que **personnel navigant commercial** (PNC) de l'aviation civile, sous réserve qu'à la date d'affiliation au présent contrat :

➤ Ils soient :

- âgés de moins de 55 ans
- bénéficiaires du régime général de la Sécurité Sociale et exercent leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Economique Européen (EEE), ou détachés pour mission hors de l'EEE.
- titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée
- titulaires du certificat de formation à la sécurité ou d'une carte de stagiaire (délivrés par la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC))
- titulaires de l'attestation d'aptitude physique et mentale délivrée par un centre médical du personnel navigant (CMAC) ou les services médicaux agréés par le ministre chargé de l'aviation civile

➤ Ils ne :

- soient pas en arrêt de travail consécutivement à une maladie ou un accident ou pour une autre cause
- soient pas en inaptitude de vols
- soient pas instructeurs cadres des groupes 2 et 3
- fassent pas l'objet d'une décision de dérogation par le Conseil Médical de l'Aéronautique Civile (CMAC) ou le Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigant (CEMPN)

Article 4 – LA DEMANDE D'ADHESION

Pour adhérer au contrat, chaque **membre** doit remplir et signer une demande d'adhésion, dans laquelle figure notamment :

- le **niveau de prestation** choisi pour la garantie en cas de perte de licence ;
- le **délai de franchise** déterminant la prestation versée en cas d'incapacité de travail.

et l'adresser à **HENNER-BRH**.

A cette demande, doit être jointe, la photocopie des trois derniers bulletins de salaire des mois d'activité précédant la demande d'adhésion. Outre ces photocopies, les membres des compagnies régionales doivent remettre celle du bulletin de salaire du mois de décembre de l'année précédente.

Un questionnaire de santé simplifié fourni par l'**assureur** doit également être complété par le **membre** demandeur et adressé à l'**assureur** par courrier postal à l'attention du MEDECIN CONSEIL D'HDI Global SE.

Si les renseignements médicaux fournis ne permettent pas d'accepter la demande aux conditions normales du contrat, l'assureur se réserve le droit de le refuser en le notifiant au membre demandeur par lettre simple.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances.

Le membre dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée *adhérent / assuré*.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat établi en double exemplaire dont l'un doit être retourné à l'assureur par l'intermédiaire de BRH ASSURANCES dûment signé par l'assuré / adhérent

Ce certificat indique notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- le niveau de prestation choisi pour la garantie perte de licence,
- la franchise retenue pour la détermination de la prestation versée en cas d'incapacité totale de travail,
- la cotisation correspondante.

4.1 – Choix du niveau de prestation Perte de Licence

Le contrat prévoit 4 niveaux de garantie dénommée « Option 1 » à « Option 4 » servant de base au calcul des cotisations et des prestations versées en cas de perte de licence :

Notice d'information du contrat d'assurance collectif

« Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

Option 1	50% du traitement de référence
Option 2	100% du traitement de référence
Option 3	150% du traitement de référence
Option 4	200% du traitement de référence

Le choix de l'option appartient individuellement à chaque adhérent, étant précisé que ce choix est limité aux options 1 et 2 pour les personnes dont l'âge à l'adhésion est dans le millésime de leur 50 ans et plus ainsi que pour les instructeurs cadres de la compagnie Air France du groupe 1.

Ce choix doit être effectué par chaque **membre** demandeur dans les conditions définies à l'article 3 ci-dessus

4.2 – Choix du délai de franchise de la prestation Incapacité totale de travail

Le contrat prévoit les 5 délais de franchise suivants servant à l'indemnisation en cas d'incapacité temporaire de travail :

- 15 jours - 30 jours - 60 jours - 90 jours - 180 jours

Le choix de ce délai appartient individuellement à chaque **adhérent/assuré**, étant précisé que lors de leur demande d'adhésion :

- les personnes dans le millésime de leur 50 ans et plus
- les instructeurs cadres de la compagnie Air France

sont limitées au choix de 60 - 90 ou 180 jours.

4.3 – Modification ultérieure de l'option de prestation Perte de Licence

Une fois l'adhésion formée, l'**adhérent/ assuré** peut ultérieurement demander à changer d'option, étant rappelé que les **adhérents/assurés** âgés de 50 ans et plus, ne peuvent pas demander une option supérieure à l'option 2.

Dans ce cas, l'**adhérent/ assuré** doit en faire la demande à l'**assureur** deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, la modification demandée prenant effet le 1er janvier de l'exercice suivant, sous réserve, le cas échéant de l'acceptation médicale de sa demande.

Lorsque la demande est motivée par un changement de situation de famille, la modification prend effet, sous réserve que l' **adhérent/ assuré** ait adressé sa demande dans les trois mois qui suivent l'événement, le premier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l' **adhérent/ assuré** a effectué sa demande auprès de l'**assureur**, sous réserve de l'acceptation de l'**assureur**.

En tout état de cause, si le choix de l'option entraîne une augmentation du niveau de garantie servant de base au calcul des prestations et de la cotisation, l' **adhérent/ assuré** devra se soumettre aux formalités médicales dans les conditions définies à l'article 3 comme s'il s'agissait d'une nouvelle adhésion au contrat.

Si l'**assureur** se prononce pour le refus de l'augmentation souhaitée, l'**adhérent/ assuré** restera garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande.

4.4 – Modification ultérieure de l'option de prestation Incapacité totale de travail

Une fois l'adhésion formée, l'**adhérent/ assuré** peut ultérieurement demander à changer de délai de franchise, étant précisé que les personnes dans le millésime de leur 50 ans et plus ainsi que les instructeurs cadres de la compagnie Air France du groupe 1 peuvent choisir d'allonger le délai de franchise, mais pas de le raccourcir.

L'**adhérent/ assuré** doit alors en faire la demande par lettre recommandée adressée à l'**assureur** deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, la modification demandée prenant effet le 1er janvier de l'exercice suivant.

Si la modification demandée entraîne la réduction du délai de franchise, l'**adhérent/ assuré** devra se soumettre aux formalités médicales dans les conditions définies à l'article 3, comme s'il s'agissait d'une nouvelle adhésion au contrat.

Article 5 – PRISE D'EFFET ET DUREE D'UNE ADHESION AU CONTRAT

5.1 - Formation d'une adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le **certificat d'adhésion** à condition qu'il soit régularisé et retourné à l'**assureur** dans les délais prévus par celui-ci.

L'adhésion est souscrite pour une **première période se terminant le 31 décembre** de l'année au cours de laquelle elle a pris effet,

Elle renouvelle ensuite par tacite reconduction le **1er janvier** de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

Après examen de la demande d'adhésion par l' **assureur** et des réponses au questionnaire de santé, l' **assureur** indiquera, sous 15 jours ouvrés, si la demande d'adhésion est **acceptée ou refusée**.

Si la demande d'adhésion est **acceptée**, elle **prendra effet le 1^{er} du mois suivant la date d'acceptation** de votre adhésion par l'**assureur**.

A cette date le **membre** sera réputé avoir adhéré au contrat et aura alors qualité d'**assuré / adhérent**.

5.2 – Cotisation d'adhésion

Les garanties du contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle, payable trimestriellement à terme échu, dont le montant est fixé en pourcentage du **traitement de référence**, et selon le choix de l'**adhérent/assuré** au niveau de l'option de garantie et du délai de franchise.

La cotisation est fixée, taxes actuelles comprises. Elle sera éventuellement révisée en fonction de l'évolution du risque ou en cas de modification des taxes en vigueur à la souscription de l'adhésion au contrat ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables au contrat.

Notice d'information du contrat d'assurance collectif

« Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

En cas d'adhésion en cours d'année, ou d'augmentation de garantie, la cotisation ou nouvelle cotisation est due et payable au prorata de la durée restant à courir entre le premier jour du mois qui suit la date de prise d'effet des garanties, indiquée au certificat d'adhésion, et la date de la prochaine échéance de cotisation.

Défaut de paiement de la cotisation

En application des dispositions des articles L.113-3 et L.141-3 du Code des assurances, l'**assureur** ou le **souscripteur** adressera à l'**adhérent/assuré**, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, une lettre recommandée de mise en demeure de paiement de la cotisation.

Si à l'issue d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de cette lettre la cotisation demeure impayée, l'**adhérent/assuré** serait exclu du contrat d'assurance et son adhésion serait résiliée par l'**assureur**.

5.3 - Certificat d'adhésion

Dès lors que le **membre** a obtenu la qualité d'**assuré/adhérent** l'**assureur** émet un **certificat d'adhésion** et la présente **notice d'information** dématérialisés à l'attention de l'**assuré/adhérent**.

Ces documents lui sont adressés directement par HENNER-BRH mandaté par l'**association** et l'**assureur**.

5.4 - Cessation d'une adhésion

L'adhésion au contrat prend fin pour chaque **adhérent/assuré** :

- le dernier jour du mois au cours duquel il atteint son 55ème anniversaire
- au 31 décembre de l'exercice au cours duquel il aura demandé la cessation de son adhésion au contrat, sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'**assureur** par lettre recommandée deux mois au moins avant cette date.
- dans les conditions prévues à l'article 13 si la cotisation n'est plus réglée,
- s'il cesse d'être membre. L'association devant alors en aviser l'**assureur** dans un délai d'un mois,
- à la date de cessation de son activité en tant que **personnel navigant commercial**
- en cas de rupture de son contrat de travail
- à la date de la perte de licence définitive prononcée par le Centre d'Expertise Médicale du personnel navigant (CEMA)
- à la date de liquidation de la pension du régime de retraite de base,
- à la date de la résiliation de l'adhésion ou du contrat.

5.5 - Cessation des garanties

Les garanties prennent fin, pour chaque **adhérent/assuré**, à la date de cessation de son adhésion dans les conditions du 3.4 ci-dessus et en tout état de cause, à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime social de base, y compris pour inaptitude au travail.

Disposition spécifique en cas de congé de maternité ou de paternité :

La garantie INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL est suspendue pendant le congé de maternité ou de paternité. Ce type de congé n'ouvre donc pas droit au versement des indemnités journalières.

Dès la reprise de leur activité en vol, sous réserve que celle-ci suive immédiatement la fin du congé de maternité ou de paternité et sur simple communication à l'**assureur** par l'intermédiaire de l'**association**, de l'attestation d'aptitude physique émanant d'un centre du personnel navigant, la garantie INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL est de nouveau accordée aux **adhérents/ assurés**.

La garantie PERTE DE LICENCE est maintenue pendant le congé légal de maternité ou de paternité moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Toutefois, si les **adhérents/assurés** souhaitent suspendre ces garanties pendant ce congé, ils doivent le notifier par écrit à l'assureur et les cotisations correspondant à ces garanties cessent immédiatement d'être dues.

Lors de la reprise d'activité en vol dûment déclarée à l'**assureur**, les **adhérents/assurés** ayant demandé la suspension de la garantie PERTE DE LICENCE bénéficient de nouveau de ces garanties moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

5.6 – Renonciation à une adhésion

L'**adhérent/assuré** a la possibilité de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son avenant d'adhésion au contrat.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e) (nom/prénom) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat.(n° du contrat et de l'adhésion à préciser) et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.132-5-1 du code des assurances. »

La renonciation entraînera la restitution de toutes les sommes versées, dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de la réception de la lettre recommandée par l'**assureur** ou BRH ASSURANCES.

Article 6 – LES GARANTIES D'ASSURANCE

6.1 – Perte de licence de l'adhérent/assuré

La garantie PERTE DE LICENCE a pour objet l'indemnisation, par le versement d'un capital, du préjudice reconnu par l'**assureur** et causé à l'**adhérent/assuré**, avant le jour de son 55ème anniversaire, du fait de la cessation totale de son activité professionnelle de **personnel navigant commercial** consécutivement à un **accident** ou une **maladie**, justifiée par le retrait définitif de **licence** prononcé par le **Conseil Médical de l'Aéronautique Civile**.

Notice d'information du contrat d'assurance collectif

« Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

En cas de pluralité de licences la garantie se rapporte exclusivement à la **licence** qui procure l'emploi à la date du fait générateur entraînant l'incapacité définitive. L'**adhérent/assuré** qui fait usage de l'article 13 de l'arrêté du 2 Décembre 1988 visant à réviser une décision d'incapacité rendue par le Conseil Médical est tenu d'en aviser l'**assureur** et de restituer le capital qui lui a été versé au titre de cette garantie.

6.1.1. Montant de la garantie :

En cas de perte de licence de l'**adhérent/assuré** telle que définie ci-dessus, l'**assureur** lui verse alors un capital dont le montant correspond à l'option choisie par l'**adhérent/assuré** lors de sa demande d'adhésion.

En cas de perte de licence prononcée après un arrêt de travail supérieur à 730 jours, sans qu'aucune reprise n'ait eu lieu pendant l'arrêt de travail correspondant, le capital garanti sera diminué des indemnités journalières qui ont été versées par l'assureur au titre de la garantie incapacité de travail à compter du 730ème jour d'arrêt de travail.

Le montant du capital est fonction de la situation administrative de l'**adhérent/assuré** à la date d'ouverture de son dossier d'incapacité, d'incapacité ou d'accident du travail. Pour le personnel navigant commercial d'Air France, selon le barème en vigueur et pour les personnel navigant commercial des autres compagnies, selon leur salaire brut annuel de l'année précédente.

Le versement du capital dû en cas de PERTE DE LICENCE met fin, pour l'**adhérent/assuré** concerné, à la garantie INCAPACITE DE TRAVAIL.

6.1.2. Fait générateur de la garantie :

Le fait générateur de la garantie en cas de PERTE DE LICENCE est constitué par la décision d'incapacité définitive à l'exercice des fonctions du navigant, émanant du Conseil Médical de l'Aéronautique Civile (CMAC). Sa date est celle portée par le CMAC dans sa notification au salarié.

Lorsque le fait générateur de l'incapacité (premier constat médical de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'arrêt de vol définitif motivant la perte de licence à titre définitif) est antérieur à la date d'effet du contrat, l'**adhérent** ne bénéficie pas de la garantie PERTE DE LICENCE au titre du présent contrat.

6.2 - Incapacité de travail de l'adhérent/assuré

Cette garantie a pour objet le service d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail avant le jour du 55ème anniversaire de l'**adhérent/assuré**, consécutive :

- à une **maladie** ou à un **accident** (imputable ou non au service)
- une incapacité temporaire (imputable ou non au service) à l'exercice de la profession, prononcée par le Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigant agréé par le Ministre chargé de l'Aviation Civile
- à un refus de reprise de travail prononcé par le médecin du travail compétent.

Il est précisé que les personnes âgées de plus de 55 ans et qui bénéficiaient de cette garantie antérieurement au 1^{er} juillet 2021 sont exclus de la présente garantie.

Les prestations sont versées à l'**assuré/adhérent** à la condition qu'il soit reconnu par l'**assureur** comme étant atteint d'une incapacité temporaire,

telle qu'elle est définie ci-avant et que l'**assuré/adhérent** perçoive des prestations en espèces de l'assurance maladie du régime social de base.

L'état d'incapacité temporaire est apprécié par le médecin conseil de l'**assureur** indépendamment des décisions du régime social de base de l'**adhérent/assuré**.

Les modalités d'application des garanties sont établies en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale française.

Toutefois, l'**assureur** se réserve la faculté, pour l'application de la garantie, de tenir compte de la législation en vigueur lors de la souscription du contrat.

La base d'indemnisation retenue à l'ouverture d'un dossier d'incapacité temporaire de travail est maintenue pendant toute la durée d'indemnisation : aucun changement de situation administrative ne peut être pris en compte tant que l'instruction du dossier n'est pas close.

6.2.1. - Montant de la garantie :

Lorsque l'**assureur** reconnaît l'**adhérent/assuré** en état d'incapacité temporaire totale de travail, sous réserve que ce dernier bénéficie des prestations en espèces de l'assurance maladie du régime social de base, il lui verse une indemnité journalière, à compter de l'expiration du délai de franchise choisi par l'**adhérent/assuré** lors de sa demande d'adhésion au contrat.

Chacun de ces délais de franchise est décompté en prenant en considération le nombre de journées d'incapacité de travail intervenues successivement à compter du 1^{er} janvier de l'année en cours de l'arrêt de travail considéré

Il est précisé que les personnes dans le millésime de leur 50 ans et plus lors de leur demande d'adhésion sont limitées au choix de 60 - 90 ou 180 jours.

Ultérieurement, l'**adhérent** peut demander à changer de délai de franchise dans les conditions définies à l'article 4.4.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 100 % de la 365ème partie du traitement de référence défini à l'article 8, sous déduction des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale et tout autre organisme assureur ainsi que des salaires éventuellement maintenus par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles ou contractuelles.

Aucune indemnité ne serait due par l'**assureur** en l'absence de versement d'indemnités journalières de la part de la Sécurité Sociale et/ou de tout autre organisme assureur.

La base de prestation retenue à l'ouverture du dossier d'incapacité temporaire de travail est maintenue pendant la durée d'indemnisation ; aucun changement de situation administrative ne peut être pris en compte tant que l'instruction du dossier n'est pas close.

Pour un **adhérent/assuré** en temps alterné ou partiel :

- L'indemnisation en cas d'arrêt de travail se fera sur la base de la dernière situation administrative déclarée par l'**adhérent/assuré** à la date de l'arrêt
- la garantie incapacité temporaire de travail n'a d'effet que durant les périodes d'activités déterminées par l'avenant au contrat de travail de l'intéressé. L'indemnité journalière est suspendue durant les périodes de non activité. Le décompte de la franchise se fait sur les mois travaillés.

Notice d'information du contrat d'assurance collectif « Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

Pour l'**adhérent/assuré** en mi-temps thérapeutique, ou en état de reprendre à mi-temps thérapeutique, le cumul des sommes versées par la Sécurité sociale, par l'employeur (au titre du salaire partiel) et par l'**assureur** est plafonné à 100 % du salaire de référence pris en compte pour le calcul de la prestation .

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu tant que l'**adhérent/assuré** est en état d'incapacité totale, jusqu'à la date de consolidation ou de stabilisation et pendant une durée maximale de 1095 jours pour les PNC d'Air France et de 730 jours pour les PNC des autres compagnies.

6.2.2. - Reconnaissance et contrôle par l'assureur de l'état d'incapacité :

L'**assureur** se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'incapacité de l'**adhérent/assuré**. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'**assureur** doivent pouvoir se rendre auprès de l'**adhérent/assuré**, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Les **médecins** de l'**assureur** peuvent également convoquer l'**adhérent/assuré**. Si l'**adhérent/assuré** s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'**assureur** est autorisé à interrompre de plein droit le paiement des prestations.

En cas de désaccord entre le **médecin** de l'**adhérent/assuré** et celui de l'**assureur**, portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire complète de travail, l'**adhérent/assuré** et l'**assureur** pourront choisir ensemble un troisième **médecin** pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'**adhérent/assuré**. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'**adhérent/assuré** et l'**assureur**.

En tout état de cause, le service de la prestation garantie peut cesser en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'**adhérent/assuré**.

6.2.3. - Reprise du travail inférieure à 2 mois :

Lorsque l'**adhérent/assuré** ayant commencé à bénéficier des prestations prévues ci-dessus reprend son activité et doit l'interrompre moins de deux mois après cette reprise, lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la franchise, sous réserve que le contrat ou l'adhésion soit toujours en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail.

6.2.4. - Reprise du travail en mi-temps thérapeutique après une période d'incapacité temporaire totale de travail :

Si, après une période d'incapacité temporaire totale de travail, l'**adhérent/assuré** reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle en mi-temps thérapeutique, les indemnités journalières sont versées par l'**assureur** après déduction du salaire perçu et des prestations de la Sécurité sociale.

6.2.5. – Cumul des prestations :

Le cumul des prestations versées tant par le régime social de base, que par l'assureur et, le cas échéant, des salaires payés par l'employeur et tout autre organisme assureur, ne peut excéder le montant du salaire de base de l'adhérent déterminé à la date d'arrêt de travail et revalorisé à compter du 366ème jour d'arrêt de travail.

Cette revalorisation est calculée en fonction de l'évolution de la valeur de l'unité de référence entre la date d'arrêt du travail et celle de l'échéance de la prestation.

6.2.6. – Revalorisation des prestations :

Les indemnités versées en cas d'arrêt de travail d'un **adhérent/assuré** sont revalorisées, dès le 366ème jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date.

Elles sont revalorisées dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie ci-après en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance. La revalorisation est calculée de manière à ce que la prestation totale soit au moins égale à son montant initial augmenté dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail.

Unité de référence :

Une valeur d'unité de référence est fixée tous les ans au 1^{er} juillet pour être applicable à toutes les revalorisations intervenant à compter du 1^{er} octobre suivant.

Cette unité de référence ne peut cependant pas varier d'une année sur l'autre dans une proportion supérieure à celle dont a augmenté la valeur du point A.G.I.R.C. (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) entre le 1^{er} juillet de l'année précédente et le 1^{er} juillet de l'année considérée.

6.2.7. – Cessation de la garantie et du service des prestations :

La garantie et le service des prestations en cas d'arrêt de travail cessent au plus tard :

- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime social de base de l'adhérent, y compris pour inaptitude au travail
- à la date de la reconnaissance de l'invalidité permanente de la Sécurité Sociale
- et, en tout état de cause, le dernier jour du mois où l'adhérent atteint l'âge de 55 ans.

En outre, le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse à la date de la reprise ou de l'aptitude médicalement constatée, à la reprise d'une activité professionnelle par l'**adhérent/assuré**, quelle que soit la nature de cette activité et en tout état de cause si la Sécurité Sociale cesse le versement des indemnités journalières.

Notice d'information du contrat d'assurance collectif

« Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

Article 7 – LES EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Les garanties du contrat ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- 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 la participation active de l'adhérent 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,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de l'adhérent/assuré, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.
- les conséquences des dépressions nerveuses, et plus généralement d'affections psychiques ou névrotiques et de maladies mentales, sauf celles nécessitant une hospitalisation consécutive à un acte de terrorisme, un attentat, ou un détournement d'avion,
- la participation de l'adhérent/assuré en tant que concurrent à des compétitions équestres ou comportant l'usage d'un véhicule à moteur quelconque (courses ou rallyes, essais préparatoires soumis à autorisation des pouvoirs publics),
- les sports "de montagne" : alpinisme, escalade (hors support artificiel sans sécurité), varappe, randonnée en solitaire au-delà de 3 000 mètres, saut à ski, bobsleigh, luge de compétition, skeleton, ski (alpin, de fond ou snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public,
- les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing,
- les sports nautiques : plongée sous-marine avec appareil autonome à plus de 20 m de profondeur, surf en compétition, hydro speed,
- les sports de défense et de combat en compétition,
- les tentatives de records à titre amateur ou professionnel,
- les sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe > V, rivières de classe > 11, sur mers et océans à plus de 2 milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump, cependant les initiations à ces sports de type "baptême", lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'Etat, sont couvertes à l'exception des sports "extrêmes" tels que définis précédemment.
- les conséquences d'un accident de navigation aérienne lorsque l'adhérent est à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigation ou conduit par un pilote ne possédant pas pour l'appareil utilisé de brevet ou licence en cours de validité,
- les conséquences de l'éthylisme ou de l'usage de stupéfiant absorbé en l'absence de toute prescription médicale,
- les conséquences directes ou indirectes des rayonnements nucléaires et ionisants non liés à un traitement médical ou de la transmutation de l'atome.

Article 8 – BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS ET DES COTISATIONS

8.1 – Pour le personnel navigant commercial d'AIR FRANCE

Les prestations et les cotisations sont déterminées en fonction du traitement de référence constitué du traitement fixe augmenté de la PUA (prime uniforme annuelle) et de la PFA (prime de fin d'année), et le cas échéant, de la prime « Chef de cabine ou Chef de Cabine Principal(le) conformément au barème Air France en vigueur.

Si son montant est réduit ou nul du fait d'absence notamment pour **maladie, accident**, congé maternité, paternité, ou de solidarité familiale, il est reconstitué dans la limite du barème Air France en vigueur.

De ce fait, chaque **adhérent/assuré** est tenu de mettre à jour sa situation administrative (grade - échelon - rythme d'activité et secteur de vol) auprès de la contractante qui doit en informer l'**assureur**. Il doit également signaler tout changement de l'un des éléments par écrit faute de quoi, c'est la dernière déclaration enregistrée qui fera foi.

8.2 – Pour le personnel navigant commercial des compagnies régionales françaises

Les cotisations sont déterminées en fonction du traitement de référence constitué du cumul des salaires bruts de l'année civile précédente, ou à défaut, par le dernier salaire brut annuel déclaré et enregistré à l'**association**.

Le traitement de référence pris en compte pour le calcul des prestations est égal au montant des salaires bruts ayant donné lieu à paiement des cotisations, au cours des douze derniers mois civils consécutifs précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Si son montant est réduit ou nul du fait d'absence notamment pour maladie, accident, congé maternité, paternité, ou de solidarité familiale, il est reconstitué dans la limite du cumul des salaires bruts des douze derniers mois civils.

Lorsque l'**adhérent/assuré** ne peut justifier de 12 mois consécutifs de cotisation jusqu'à la date de l'événement (embauche ou mise en place du régime), le traitement annuel est égal à 12 fois la moyenne mensuelle du traitement de référence depuis la date d'effet des garanties.

Si le traitement de référence comporte des sommes devenues exigibles du fait d'une rupture du contrat de travail, ces sommes ne seront pas prises en compte par l'**assureur**.

Notice d'information du contrat d'assurance collectif « Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

Article 9 – MODALITES EN CAS DE SINISTRE

La déclaration de **sinistre** doit être faite par l'**assuré** ou ses ayants-droit auprès de l'**assureur** ou auprès de :

HENNER-BRH
Courtier en Assurances
14, boulevard du Général Leclerc
92200 NEUILLY SUR SEINE

En cas de déclaration tardive du **sinistre**, au-delà des délais mentionnés ci-après, et dans la mesure où il est établi que le retard a causé un préjudice à l'**assureur**, l'**adhérent/assuré** perd, pour le sinistre concerné, le bénéfice des garanties du contrat, sauf si ce retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

9.1 - Pour la garantie perte de licence

9.1.1. – Déclaration et documents à transmettre

Le paiement des sommes dues est effectué par l'assureur au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- la décision d'inaptitude définitive à l'exercice des fonctions du navigant, émanant du Conseil Médical de l'Aéronautique Civile (CMAC),
- le diagnostic médical retenu par le Conseil Médical de l'Aéronautique Civile pour l'inaptitude définitive (CMAC),
- une attestation de l'employeur certifiant que l'**adhérent/assuré** figurait sur les listes PNC à la date de la décision d'inaptitude définitive,
- la copie de la carte d'identité.
- IBAN de l'**adhérent/assuré**

9.1.2. – Règlement de la prestation

Le capital est versé à l'**adhérent/assuré** lui-même dans les 15 jours suivant la date de réception de l'ensemble des pièces justificatives par l'**assureur**.

9.2 - Pour la garantie Incapacité Totale de Travail

9.2.1. – Déclaration et documents à transmettre

La déclaration de l'arrêt de travail incombe à l'**adhérent/assuré** qui est tenu de l'adresser à l'**assureur** par l'intermédiaire de BRH ASSURANCES dans les 90 jours suivant la date d'expiration de la franchise.

Les arrêts de travail déclarés après ce(s) délai(s) ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'un certificat médical, à transmettre sous pli confidentiel au **médecin** conseil de l'**assureur**, mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la **maladie** ou l'**accident**,
- du justificatif du paiement des prestations en espèces servies par le régime social de base ou d'une attestation de non-paiement si, tout en étant assuré social, ne répond pas administrativement aux conditions d'attribution des prestations de cet organisme. Toutefois l'**adhérent/assuré** devra adresser la déclaration d'arrêt de travail le

plus tôt possible sans attendre la réception des décomptes de prestations du régime social de base

- le cas échéant, de l'attestation médicale confidentialisée du modèle fourni par l'assureur dûment complétée par le médecin traitant de l'**adhérent/assuré** à transmettre sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur
- un modèle fourni par l'**assureur** dûment complétée par le **médecin** traitant de l'**adhérent/assuré**, à transmettre sous pli confidentiel au **médecin** conseil de l'assureur,
- de l'IBAN de l'**adhérent/assuré** .

Il est précisé que l'**assureur** se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

Aucune prestation ne sera versée par l'**assureur**, tant que les justificatifs demandés n'auront pas été transmis à l'**assureur**.

En cas de reprise du travail, l'**adhérent/assuré** devra en informer immédiatement l'**assureur**.

Article 10 - DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 - Prescription

Délai de prescription

Conformément aux dispositions de l'Article L114-1 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 :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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.

Causes interruptives de prescription

Conformément aux dispositions de l'Article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue dans les cas suivants :

- désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée soit par l'**assureur** au **souscripteur** en cas de non-paiement de la prime, soit par l'**assuré** pendant la procédure de règlement d'un sinistre.

Autres causes interruptives de prescription

La prescription est également interrompue par les causes ordinaires d'interruption conformément aux dispositions du Code civil, à savoir :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240);
- une demande en justice (même en référé) y compris 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 2241);

Notice d'information du contrat d'assurance collectif

« Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244);

Étant précisé que :

- l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242);
- 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 2243);

Informations complémentaires

Il est rappelé les causes d'interruption de la prescription. Code civil – section 3 :

- Article 2245 : « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

« Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

- Article 2246 : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.»

Il est rappelé les causes de report du point de départ ou de suspension de la prescription. Code civil - Section 2 :

- Article 2234 : « La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. »
- Article 2235 : « Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts. »
- Article 2238 : « La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois. »

- Article 2239 : « La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une

durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. »

Il est rappelé l'article L423-20 du Code de la Consommation :

« L'action mentionnée à l'article L.423-1 du Code de la Consommation [l'action de groupe] suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement prévu aux articles L.423-3 ou L.423-10 dudit Code de la Consommation.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six (6) mois, à compter de la date à laquelle, selon le cas, le jugement rendu en application des articles L.423-3 ou L.423-10 du Code de la Consommation n'est plus susceptible de recours ordinaire ou de pourvoi en cassation ou de l'homologation prévue à l'article L.423-16 dudit Code de la Consommation. »

10.2 - Compétence juridique et droit applicable

Le contrat est régi par le droit français et notamment les dispositions impératives du Code français des Assurances. Aussi, dans le contrat, et sauf mention contraire, la référence au « Code » renvoie aux dispositions du code des assurances. L'**assureur** élit domicile en son Siège Social pour la France. Il déclare se soumettre à la juridiction des tribunaux français compétents et renonce à toute faculté d'appel devant les tribunaux de son pays de **domicile**.

En conséquence, tous litiges entre l'**assuré** et l'**assureur** sur l'interprétation et/ou l'exécution des clauses et conditions du contrat sera soumis à la seule législation française et sera du ressort exclusif des Tribunaux Français.

10.3. - Autorité de contrôle

Les instances chargées de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance et dont dépend l'assureur sont :

L'Office Fédéral du Contrôle des Assurances
BAFIN (Bundesanstalt Für Finanzdienstleistungsaufsicht)
Graurheindorfer Straße 108
53117 BONN – Allemagne

La succursale française d'HDI Global SE est également soumise, dans le cadre de l'exercice de ses activités en France, au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires françaises relatives à l'assurance, dont l'adresse est la suivante :

ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution)
4 Place de Budapest - CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09.

10.4. - Lutte contre le blanchiment de capitaux

L'**assureur** est soumis à la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et doit notamment, à ce titre, mettre en œuvre des obligations de vigilance.

Ainsi, lors de l'entrée en relation avec le client, lorsque la réalisation d'une opération le requiert et/ou plus généralement tout au long de la relation d'affaires, l'**assureur** procédera à l'identification préalable du client conformément à la législation applicable et aux lignes directrices,

Notice d'information du contrat d'assurance collectif « Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

recommandations, principes d'application sectoriels et autres règles édictées par les autorités nationales et internationales compétentes. L'identification du mandataire du client et/ou du bénéficiaire effectif est également requise.

Les obligations de l'**assureur** s'appliquent quelle que soit la transaction et le lieu de situation du risque, tant dans le cadre des produits et services qu'il distribue directement ou par l'intermédiaire de canaux de distribution associés que, dans le cadre des produits et services fournis par des tiers et distribués par lui.

À cet égard, le client s'engage à fournir à l'**assureur**, spontanément ou à la demande de celui-ci, les renseignements et documents nécessaires pour lui permettre de remplir ses obligations légales et réglementaires.

Le client s'engage en outre à aviser spontanément et immédiatement l'**assureur** de tout changement susceptible d'affecter sa situation et/ou la pertinence des renseignements initialement donnés (comme par exemple sans que cette liste ne soit limitative : son statut, sa capacité ou sa dénomination sociale, sa forme juridique, son actionariat pour les personnes morales...).

Le Client s'oblige à donner des informations exactes et actualisées et à fournir, le cas échéant à l'**assureur**, la version la plus récente des documents demandés lors de l'entrée en relation. À défaut, l'**assureur** pourra être amenée à mettre fin à la relation d'affaire.

10.5. - Protection des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel collectées par l'**assureur**, dont les coordonnées figurent au début du présent contrat, sont traitées dans le but de permettre la souscription, la gestion et l'exécution du présent contrat ainsi que la gestion par l'**assureur** de tout **sinistre** déclaré au titre dudit contrat (les « Finalités de traitement »).

Les fondements juridiques du traitement des données à caractère personnel opéré par l'**assureur** sont les suivants :

- l'exécution du contrat d'assurances auquel l'**assuré** est partie
- les intérêts légitimes poursuivis par l'**assureur** (par exemple la mise en place d'actions de prévention des risques assurés)
- le respect d'une obligation légale à laquelle est soumise l'**assureur** (par exemple la Lutte contre le blanchiment de capitaux et le Financement du terrorisme, les sanctions internationales, ...etc.).

Les informations enregistrées par l'**assureur** sont réservées à l'usage interne de l'**assureur** et ne seront communiquées qu'aux destinataires suivants lorsque cela est nécessaire pour mettre en œuvre les Finalités de traitement précitées :

- les experts de compagnies, les conseils juridiques, techniques et financiers de l'**assureur** ;
- les prestataires de services et sous-traitants de l'**assureur** ;
- les co assureurs ou réassureurs de l'**assureur** ;
- les intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Les données personnelles collectées et traitées par l'**assureur** sont stockées sur des serveurs centraux basés à Hanovre (Allemagne). Elles peuvent également être stockées ou traitées en dehors de l'Espace Économique Européen (EEE), notamment dans le cas d'experts de compagnies, de conseils juridiques, techniques et financiers, de prestataires de services et sous-traitants de l'**assureur** impliqués dans la

gestion d'un **sinistre** survenu en dehors de l'Union européenne, ou dans la souscription, l'émission et la gestion d'une police locale intégrée à un programme d'assurance international émis par l'**assureur** en France, concernant un risque situé en dehors de l'EEE et où le bureau de référence ou le partenaire de réseau de l'**assureur** et le gestionnaire de sinistres sont basés en dehors de l'EEE, par exemple aux États-Unis.

Lorsqu'il effectue un transfert des données personnelles en dehors de l'EEE, l'**assureur** prend les mesures nécessaires pour s'assurer que les données personnelles de l'**assuré** sont efficacement protégées.

Les mesures de sécurité ainsi mises en place peuvent consister en le fait de soumettre la partie à qui l'**assureur** transfère ces données à des obligations contractuelles afin de les protéger selon des normes adéquates.

S'il souhaite obtenir de plus amples renseignements sur les mesures que l'**assureur** adopte pour garantir la sécurité de ses données personnelles dans l'hypothèse de leur transfert hors EEE, l'**assuré** contacte l'**assureur** en utilisant les coordonnées indiquées ci-dessous.

Les destinataires de ces données auront communication seulement des informations strictement nécessaires à la réalisation des Finalités de traitement précitées.

Les données à caractère personnel ainsi collectées et traitées sont conservées par l'**assureur** pendant la durée nécessaire à la bonne exécution de la relation contractuelle avec l'**assuré**, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légales applicables.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 « Informatique et Libertés » modifiée ainsi que du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018, l'**assuré** dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données à caractère personnel, d'un droit à la limitation du traitement, à la portabilité de ses données à caractère personnel et d'un droit de formuler des directives spécifiques ou générales quant à la conservation, l'effacement et la communication de ses données à caractère personnel post-mortem.

Il dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente. La fourniture des données à caractère personnel de l'**assuré** a un caractère contractuel ; ne pas fournir ces données empêcherait la bonne exécution du contrat entre l'**assuré** et l'**assureur**. Toute demande d'un **assuré** relative au traitement de ses données à caractère personnel dans le cadre du présent contrat, et notamment au sujet de l'exercice d'un de ses droits indiqués ci-avant, devra être adressée par courrier, accompagné d'une copie de la pièce d'identité, à :

HDI Global SE

Service Relations Clients - FFR XIII

Tour Opus 12 – La Défense 9

77 Esplanade du Général de Gaulle - 92914 Paris La Défense Cedex.

E-Mail : Donnees-Personnelles-FR@hdi.global

10.6. - Réclamations - Médiation

L'interlocuteur habituel d'HDI Global SE et le courtier par l'intermédiaire duquel a été souscrit le contrat d'assurance, sont en mesure d'étudier au fond toutes les demandes de l'**assuré**. Si les réponses données à l'issue de l'analyse des demandes de l'**assuré** ne le satisfaisaient pas l'**assuré** peut adresser sa réclamation au Service Réclamations de HDI Global SE

Notice d'information du contrat d'assurance collectif « Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances

dont les coordonnées figurent dans les Conditions Générales du contrat et sont reproduites ci-dessous Via l'adresse e-mail : gestion-des-reclamations-fr@hdi.global ou par lettre recommandée avec AR à l'adresse postale :

HDI Global SE
Réclamations Clients - Succursale française
Tour Opus 12 - La Défense 9
77 Esplanade du Général de Gaulle - 92914 Paris La Défense Cedex

En application des dispositions de la Recommandation sur le traitement des réclamations émise sous le n° 2016-R-02 par l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) le 14 novembre 2016, le Service Réclamations de HDI Global SE s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa date de réception (même si la réponse à la réclamation est également apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, à apporter une réponse à la réclamation de l'**assuré** au maximum dans les deux (2) mois suivant sa date de réception.

Si la réponse apportée par le Service Réclamation de HDI Global SE ne le satisfait pas l'**assuré** peut saisir le médiateur de l'assurance de la FFA (Fédération Française des Assurances), à condition qu'aucune procédure judiciaire n'ait été engagée ou soit sur le point de l'être. Les coordonnées de ce médiateur figurent dans les Conditions Générales du contrat et sont reproduites ci-dessous :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
Ou sur son site internet : <http://www.mediation-assurance.org>

Dans le cadre de sa mission de protection de la clientèle du secteur de l'assurance, l'ACPR (l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) reçoit des demandes et des réclamations de la clientèle des organismes d'assurance et de leurs intermédiaires. L'**assuré** peut les contacter afin de recueillir des informations à l'adresse suivante :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
Service Informations et Réclamations
4 Place de Budapest - CS 92459
75436 Paris Cedex 09

Notice d'information du contrat d'assurance collectif
« Perte de Licence – Incapacité Temporaire de Travail » n° 76379389-30010

souscrit par l'Association des Equipages de Cabine (AEC)

Cette notice d'Information est émise conformément à l'article L14 141-4 du Code des Assurances