

# AMARIZ SANTE

*Des prestations efficaces pour faire face à vos dépenses de santé et des garanties complètes pour vous assurer la tranquillité*



**ARTEX INSURANCE BROKERS (MALTA) PCC LIMITED – AMARIZ CELL**  
**THE LANDMARK LEVEL 1, SUITE 2,**  
**TRIQ L-ILJUN, QORMI, QRM 3800, MALTE**

**Mail : [info@amariz.co.uk](mailto:info@amariz.co.uk)**  
**[www.amariz.fr](http://www.amariz.fr)**

## **4 SOLUTIONS D'ASSURANCE MALADIE :**

**Cochez l'option (les options) de votre choix :**

- ☐ **ASSURANCE MALADIE AU PREMIER EURO OR**  
Remboursement de vos frais médicaux suite à accident, maladie, affection de longue durée ou maternité
  - ☐ **ASSURANCE MALADIE AU PREMIER EURO ARGENT**  
Remboursement de vos frais médicaux (consultations et visites exclues)
  - ☐ **ASSURANCE HOSPITALISATION**  
Remboursement de vos frais médicaux liés à une hospitalisation d'une nuit minimum
  - ☐ **ASSURANCE COMPLEMENTAIRE**  
Remboursement de vos frais médicaux en complément d'un régime de base
    - ☐ **CLASSIQUE** Sans questionnaire de santé
    - ☐ **CONFORT**
    - ☐ **LUXE**
- Joindre un justificatif de votre assurance maladie de base (copie Carte Vitale/attestation)**

- ☐ **EXCLUSION ACCIDENT :** Je dispose déjà d'une assurance obligatoire pour les frais médicaux suite à un accident (joindre obligatoirement un justificatif : fiche de paie, attestation employeur etc.)

Comment avez-vous eu connaissance de notre société ? ☐ Annonce Google ☐ Recherche Google ☐ Autre recherché internet ☐ Ami/collègue  
☐ Client ☐ MLPS ☐ Euro Suisse Courtage ☐ Ecogest Aquitaine ☐ Autre (veuillez préciser) .....  
☐ Parrainage (indiquer le nom et prénom de votre parrain) .....

## LE SOUSCRIPTEUR

Civilité : ..... NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Pays : ..... Tél : ..... Bur : .....  
Email : ..... Port : ..... Fax : .....  
Profession : ..... (joindre un justificatif si vous êtes étudiant(e))  
Pour les options OR, HOSPITALISATION et COMPLEMENTAIRE LUXE, cochez si vous êtes gaucher ☐ (pour la garantie individuelle accident)

## DATE D'EFFET / PERIODE D'ATTENTE

DATE D'EFFET SOUHAITEE : ..... / ..... / ..... ou ☐ IMMEDIAT (la date de réception de votre demande d'adhésion complétée par le **Courtier**)

### DELAI D'ATTENTE :

☐ **OUI** Je n'ai pas eu de couverture maladie pendant les trois mois qui précèdent mon adhésion au contrat AMARIZ SANTE et j'aurai un délai d'attente (voir Article 2 de la Police).

☐ **NON** J'ai bénéficié d'une couverture maladie équivalente pendant les trois derniers mois et je joins un justificatif de celle-ci (copie de ma Carte Vitale ou Attestation Carte Vitale ou certificat de radiation de mon ancienne assurance maladie).

**Si le(s) justificatif(s) ne sont pas joint(s), le délai d'attente sera appliqué.**

La garantie est acquise à la date demandée par le **Souscripteur** et au plus tôt le jour de réception de sa demande d'adhésion par le **Courtier** si celle-ci est plus tard, sous réserve d'un état de santé susceptible d'être accepté (Assurance Maladie au Premier Euro OR, Assurance Maladie au Premier Euro ARGENT, Assurance HOSPITALISATION et Assurance Complémentaire CONFORT et LUXE). Dans le cas où de plus amples renseignements médicaux seraient requis pour l'une ou plusieurs personnes notée(s) sur la demande d'adhésion, de telles informations médicales devraient être soumises à l'**Assureur** pour acceptation. Jusqu'à notification au **Souscripteur** de la décision de l'**Assureur** de couvrir la personne en question, la garantie est acquise pour la personne en question pour tout risque accidentel pendant un maximum de deux (2) mois à compter de la date demandée par le **Souscripteur** ou la date de réception de sa demande d'adhésion par le **Courtier** si celle-ci est plus tard. L'**Assureur** se réserve le droit de demander toute justification de l'état de santé ou examen médical.

Vous devez faire attention en répondant à toutes les questions suivantes qui sont pertinentes à l'**Assureur** pour la provision de cette assurance et la détermination des conditions d'acceptation et des cotisations. Veuillez contacter le **Gestionnaire** si vous ne comprenez pas l'une des questions ou la nature des informations requises. Le manquement de fournir des renseignements ou la fourniture d'informations incomplètes ou fausses peut entraîner la suppression des garanties ou d'autres remèdes.

## MOYEN DE PAIEMENT

Les cotisations sont payables d'avance :

- ☐ mensuellement, ☐ trimestriellement, ☐ semestriellement ou ☐ annuellement (réduction de 5 % pour paiement annuel)  
☐ par prélèvement automatique **le 8 du mois** (remplir l'autorisation de prélèvement ci-dessous) ou  
☐ par virement ou  
☐ par chèque ou  
☐ par carte bancaire

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA

Nom du Créancier : **AMARIZ LIMITED**

Identifiant Créancier SEPA : **FR02ZZZ476535**

En signant ce formulaire vous autorisez AMARIZ LIMITED à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AMARIZ LIMITED. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

### Nom, Prénom et Adresse du Titulaire du Compte à Débiter

Nom Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville ..... Pays.....

Date et signature

Désignation du Compte à Débiter (Joindre votre R.I.B.) :

IBAN

BIC

☐ Je souhaiterais recevoir mes remboursements de soins par virement bancaire sur ce compte.

☐ Je voudrais recevoir mes remboursements de soins par virement bancaire sur un compte différent (joindre R.I.B.)

## PERSONNES A ASSURER

NOM			
PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			
SEXE	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

### QUESTIONNAIRE DE SANTE – REpondre A TOUTES LES QUESTIONS (ASSURANCE PREMIER EURO OR ET ARGENT, HOSPITALISATION & COMPLEMENTAIRE CONFORT ET LUXE)

Des informations médicales délicates devront être traitées afin de fournir une couverture. Veuillez obtenir le consentement des éventuelles autres personnes nommées avant de divulguer celles-ci. Si vous jugez que les informations relatives à votre état de santé ou celui d'une autre personne à assurer doivent rester confidentielles, adressez-les sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil. **Si vous n'avez pas assez de place pour répondre aux questions, merci d'utiliser un pli séparé.**

<b>1</b>	Taille	.....M	.....M	.....M	.....M
	Poids	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg
<b>2</b>	<b>Pression artérielle</b> <b>Systolique / Diastolique</b> <b>(OBLIGATOIRE)</b>	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg	..... / ..... cmHg
<b>3</b>	Fumez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> .....
<b>5</b>	Avez-vous eu des consultations, actes d'investigation médicale ou un traitement médical pendant les derniers 6 mois ou en envisagez-vous ? Si oui, fournir des détails complets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>6</b>	Avez-vous été ou êtes-vous en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>7</b>	Avez-vous été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale ? Si oui, date et nature	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>8</b>	Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? Si oui, date et motif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>9</b>	Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement médical (médicaments, kinésithérapie, psychothérapie, appareillage....) ? Si oui, lequel ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>10</b>	Etes-vous atteint d'une affection chronique ou de longue durée ? Si oui, laquelle ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>11</b>	Avez-vous des séquelles d'accident, de maladie et/ou d'infirmité ? Si oui, préciser	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... .....
<b>12</b>	Envisagez-vous des prothèses dentaires, implants dentaires ou de l'orthodontie dans les 12 prochains mois ? (Or, Argent, Confort & Luxe)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... Si oui, joindre un devis	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ..... Si oui, joindre un devis
<b>13</b>	Etes-vous enceinte ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**AVERTISSEMENT :** Vous êtes conseillé de remplir cette demande d'adhésion vous-même. Si cela n'est pas possible, vous ne devriez pas signer la demande d'adhésion sans l'avoir lue et sans avoir vérifié que les réponses données aux questions sont exactes et complètes. Vous devriez également indiquer qui a complété la demande d'adhésion de votre part : .....

Fait à .....le .....  
**SIGNATURE précédée par la mention 'LU ET APPROUVE'**

## SIGNATURE

Pour les options OR, ARGENT et HOSPITALISATION :

Je soussigné, ....., déclare sur l'honneur :

☐ être à jour du paiement de mes cotisations et contributions de Sécurité Sociale à la date de la présente demande d'adhésion.

Je m'engage à en justifier auprès de l'Assureur à sa demande.

OU

☐ ne pas répondre aux critères d'affiliation à la Sécurité Sociale à la date de la présente demande d'adhésion.

Je déclare au nom de toutes les personnes à assurer que les informations dans cette demande d'adhésion sont exactes et complètes autant que je sache/nous sachons. J'ai pris soin d'éviter de faire une quelconque déformation dans la divulgation de ces informations et je comprends que tous les renseignements fournis sont pertinents à l'acceptation et l'étude de cette assurance, ses conditions d'acceptation et la cotisation payable.

En cas de changement d'une quelconque information indiquée dans cette demande d'adhésion pendant la période d'assurance, j'en informerai le **Courtier** de la part de l'**Assureur** au nom de toutes les personnes à assurer, et je comprends que si une information quelconque n'est pas vraie, ou devient fausse, les personnes assurées pourront se retrouver sans couverture d'assurance ou être assujetties à d'autres remèdes sous la police d'assurance à laquelle cette demande d'adhésion est liée. En complétant cette demande d'adhésion, je fais la demande d'assurance de la part de toutes les personnes à assurer, et ce avec leur entier accord. Je consens également à recevoir toute la documentation d'assurance de la part de toutes les personnes à assurer.

**Date et signature**

Précédée de la mention

**'LU ET APPROUVE'**

## CONSENTEMENT RGDP

**VOS DONNEES PERSONNELLES** : Nous avons besoin de votre consentement pour utiliser vos données personnelles sensibles indiquées dans cette demande d'adhésion pour vous fournir une couverture d'assurance. Vous n'êtes pas obligé de donner votre consentement et vous pouvez le retirer à tout moment. Néanmoins, si vous ne donniez pas votre consentement ou vous retiriez votre consentement, cela pourrait nous empêcher de vous fournir une couverture d'assurance ou de traiter vos sinistres.

☐ Je consens à l'utilisation des données et informations relatives à ma santé dans le cadre de ma couverture d'assurance

**LES DONNEES D'AUTRES PERSONNES** : Si vous nous fournissez des renseignements sur d'autres personnes à assurer, nous avons également besoin de leur consentement pour l'utilisation de leurs données personnelles sensibles indiquées dans cette demande d'adhésion. Vous devrez obtenir leur consentement avant de nous donner ces informations.

☐ J'ai obtenu le consentement de toutes les personnes indiquées dans cette demande d'adhésion pour l'utilisation de leurs données et informations médicales dans le cadre de ma couverture d'assurance

## CONSENTEMENT POUR LES REMBOURSEMENTS

**VOS DONNEES PERSONNELLES** : Nous avons besoin de votre consentement pour utiliser vos données personnelles sensibles liées à votre santé pour traiter vos demandes de remboursement, demandes de prise en charge hospitalisation, demandes d'entente préalable, et demandes de règlement par des tiers. Vous n'êtes pas obligé de donner votre consentement et vous pouvez le retirer à tout moment. Néanmoins, si vous ne donniez pas votre consentement ou vous retiriez votre consentement, cela pourrait nous empêcher de traiter vos sinistres.

☐ Je consens à l'utilisation des données et informations relatives à ma santé dans le cadre de mes remboursements sous cette police

**LES DONNEES D'AUTRES PERSONNES** : Si vous nous fournissez des renseignements sur d'autres personnes, nous avons également besoin de leur consentement pour l'utilisation de leurs données personnelles sensibles liées à la santé pour traiter leurs demandes de remboursement. Vous devrez obtenir leur consentement avant de nous donner ces informations.

☐ J'ai obtenu le consentement de toutes les personnes indiquées dans cette demande d'adhésion pour l'utilisation de leurs données et informations médicales dans le cadre des remboursements sous cette police

## MARKETING DIRECT

Nous respectons le droit de chacun à sa vie privée et nous n'utiliserons vos données personnelles que pour la gestion de votre police et pour vous fournir les produits et services que nous nous avez demandés.

Cependant, nous voudrions vous contacter **par mail** de temps en temps pour vous donner des informations sur d'autres produits et services que nous fournissons. **Veillez cocher pour confirmer votre consentement** ☐

Votre adresse mail ne sera pas communiquée à des tiers et vous pourrez retirer votre consentement à tout moment.

## OU ENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHESION

Nous vous remercions d'envoyer toute demande d'adhésion complétée à l'adresse suivante :

**ARTEX INSURANCE BROKERS (MALTA) PCC LIMITED - AMARIZ CELL, THE LANDMARK LEVEL 1 SUITE 2,  
TRIQ L-ILJUN, QORMI, QRM 3800, MALTE**

Avant d'envoyer votre demande d'adhésion, merci de vérifier que vous avez :

**SIGNE :**

☐ La case dans la partie Signature ci-dessus

☐ Le Questionnaire de Santé (complété en entier)

☐ L'Autorisation de Prélèvement

**JOINT :**

☐ Un justificatif de votre couverture équivalente précédente

☐ Un original de votre R.I.B. (pour les prélèvements/remboursements)

☐ Un justificatif de votre assurance accident (le cas échéant)

☐ Un justificatif de votre assurance maladie de base (le cas échéant)

**EN PLUS, VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ FOURNI LA TENSION ARTERIELLE DE TOUTES LES PERSONNES A ASSURER**

### Introduction

Cette Politique de Confidentialité explique comment Amariz Limited traite les informations personnelles que nous recueillons et utilisons pour fournir nos services. Ce faisant, nous agissons comme Contrôleur de Données. Nos coordonnées sont : Amariz Limited, Imperial House, 1 Harley Place, Bristol, BS8 3JT, Royaume-Uni. Téléphone : +44 (0)117 9745770 ou 0800 900 258. Mail : [info@amariz.co.uk](mailto:info@amariz.co.uk).

Nous considérons que le traitement légal et correct des informations personnelles joue un rôle très important dans nos relations avec nos clients. Toutes informations fournies à Amariz Limited seront traitées selon les dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Nous respectons le droit de l'individu à sa vie privée et traitons toutes informations avec la confidentialité appropriée.

### Quelles informations personnelles détenons-nous ?

Nous pouvons recevoir les informations personnelles suivantes de votre part lorsque vous nous contactez, par exemple en :

#### ***Demandant un devis :***

Nom, adresse, numéro de téléphone, adresse mail, date de naissance ou âge.

#### ***Souscrivant une police d'assurance :***

Nom, adresse, numéro de téléphone, adresse mail, profession, date de naissance, sexe, taille et poids, tension artérielle, consommation de tabac, antécédents médicaux, coordonnées bancaires.

#### ***Demandant le remboursement de vos frais médicaux :***

Nom, adresse, date et type de traitement, nature de l'affection et date de premier diagnostic, coordonnées bancaires.

#### ***Portant plainte :***

Nom, adresse, adresse mail.

En plus des informations personnelles de base comme votre nom et vos coordonnées, nous pouvons traiter des *données personnelles sensibles* comme des informations relatives à votre santé. Nous vous expliquerons toujours de façon claire quand et pourquoi nous avons besoin de ces informations et comment nous les utiliserons, et nous vous demanderons votre consentement explicite pour l'utilisation de vos données personnelles sensibles. Par exemple, nous aurons besoin de renseignements sur vos antécédents médicaux afin de décider les conditions d'acceptation de votre demande d'adhésion et, en cas de demande de remboursement, nous vous demanderons la nature de l'affection et la date de premier diagnostic afin de déterminer si votre traitement est couvert par votre police. Si vous fournissez des informations personnelles sensibles sur d'autres personnes à assurer ou assurées, nous vous demanderons de confirmer que celles-ci ont également consenti au traitement de leurs données.

Afin de fournir une couverture d'assurance et de traiter les demandes de remboursement de soins, nous avons donc besoin de traiter des données personnelles sensibles. Vous n'êtes pas obligé de donner votre consentement et vous pouvez le retirer à tout moment. Néanmoins, si vous ne donniez pas votre consentement ou vous retiriez votre consentement, cela pourrait nous empêcher de fournir une couverture d'assurance ou de payer des sinistres.

### Que faisons-nous des informations que nous recueillons ?

Nous utiliserons et partagerons certaines informations personnelles pour l'exécution de votre police d'assurance ou pour des étapes préalables à la conclusion du contrat d'assurance.

Ces finalités légales couvrent les activités suivantes :

- L'envoi des devis d'assurance,
- L'étude des demandes d'adhésion afin de déterminer leurs conditions d'acceptation,
- La gestion des polices d'assurance y compris le paiement des cotisations,
- Le traitement des sinistres comprenant les demandes de remboursement de soins, le paiement de frais médicaux à des tiers, les demandes de prise en charge hospitalisation et les demandes d'entente préalable,
- Le traitement de sinistres avec un tiers en cause,
- La lutte contre la fraude,
- La gestion des réclamations.

### Le transfert de vos données à des tiers

Vos *données personnelles* pourront être partagées avec les tiers suivants:

- Votre éventuel courtier ou intermédiaire en assurance,
- Des professionnels de santé, par exemple dans le cadre d'une demande de prise en charge en cas d'hospitalisation ou le paiement de vos frais pharmaceutiques.

Vos *données personnelles sensibles* pourront être partagées avec les tiers suivants :

- Le médecin conseil de l'assureur si nous avons besoin de plus de renseignements sur une condition médicale pour nous permettre de traiter une demande d'adhésion ou un sinistre,
- Un courtier situé en dehors de l'Espace Economique Européen (EEE) afin de négocier les conditions d'acceptation de votre assurance ou le paiement d'un sinistre avec l'assureur.

Le transfert de vos données personnelles en dehors de l'EEE est sauvegardé par des obligations contractuelles strictes avec des tiers pour assurer que vos informations personnelles restent protégées conformément au RGPD.

Nous nous engageons à assurer que vos données personnelles sont traitées conformément à cette Politique de Confidentialité où qu'elles soient envoyées.

### Où vos informations personnelles sont-elles stockées ?

Vos données personnelles seront stockées électroniquement et sous format papier dans nos bureaux à Bristol. Des archives papier sont également conservées chez une société de stockage de documents de bonne réputation.

### Pendant combien de temps conserverons-nous vos données ?

Nous conserverons vos données aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre police d'assurance et pour traiter les sinistres. Nous retiendrons vos informations personnelles pendant une période de 10 ans après la résiliation de votre police afin de nous permettre d'évaluer d'éventuelles futures demandes d'adhésions que vous pourriez nous envoyer et de répondre à une question ou une

réclamation. Nous pourrions également conserver vos données plus longtemps que 10 ans si nous ne pouvons pas les supprimer pour des raisons légales, réglementaires ou techniques. Si vous demandez un devis et vous ne souscrivez pas une police d'assurance, nous conserverons vos données personnelles pendant 2 ans.

### **Sécurité de vos informations personnelles**

Nous nous engageons à assurer que vos données personnelles sont sécurisées. Nous avons mis en place des procédures physiques, électroniques et de gestion pour sauvegarder et sécuriser vos informations personnelles afin d'en interdire l'accès par des personnes non autorisées ou leur divulgation à des tiers.

### **Vos données personnelles et notre site web**

Vous pouvez naviguer notre site web sans nous donner d'informations personnelles et nous n'utilisons pas de 'cookies' pour obtenir des renseignements sur les utilisateurs du site. Vous pouvez choisir de nous donner des informations personnelles limitées (par exemple votre nom, adresse postale, numéro de téléphone, et adresse email) afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les services indiqués dans notre site web. Nous n'utiliserons les informations personnelles que vous nous fournissez qu'aux fins de fournir les services spécifiques que vous avez demandés. Nous ne divulguons pas les informations données au moyen de notre site web à des tiers quelconques sans votre permission et elles ne seront pas utilisées par Amariz Limited pour la publicité directe sans votre consentement explicite.

Veuillez noter que l'email n'est pas une méthode de communication sécurisée et nous vous recommandons de ne pas nous transmettre d'informations personnelles sensibles par cette méthode.

Des informations personnelles que vous fournissez volontairement dans des emails peuvent être utilisées ultérieurement pour gérer votre couverture d'assurance, traiter des sinistres et améliorer notre service.

### **La mise à jour de vos données personnelles**

Afin de nous aider à nous assurer que toutes les informations que nous détenons à votre sujet sont à jour et correctes, veuillez nous informer de tout changement dans les coordonnées que vous nous avez fournies.

### **Vos droits relatifs à vos informations personnelles :**

Vous avez les droits suivants :

- **Le droit d'être informé** sur les données que nous avons recueillies à votre sujet,
- **Le droit d'accès** : de demander une copie de vos informations personnelles gratuitement,
- **Le droit à la rectification** de vos données personnelles incorrectes ou incomplètes,
- **Le droit à l'effacement** de vos informations personnelles dans certaines circonstances (le droit d'oubli),
- **Le droit à la limitation du traitement** de vos données personnelles,
- **Le droit de retirer votre consentement** au traitement de vos informations personnelles,
- **Le droit de faire opposition** au traitement de vos données personnelles,
- **Le droit à la portabilité des données** : de pouvoir transférer vos informations personnelles à un autre prestataire de services,

- **Le droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé**, y compris le profilage,
- **Le droit d'être indemnisé** pour toute collecte ou utilisation non autorisée de vos données.

Veuillez noter que si vous retirez votre consentement ou demandiez à limiter le traitement de vos données ou même leur effacement, cela pourrait nous empêcher de vous fournir un contrat d'assurance ou de payer un sinistre. Certains des droits indiqués ci-dessus sont soumis à des limitations afin de nous permettre de nous conformer à des obligations légales et réglementaires.

### **Marketing**

De temps en temps, nous aimerions vous envoyer par mail des informations sur nos produits et services qui pourraient vous intéresser, mais seulement si vous avez donné votre consentement explicite. Si vous avez consenti à recevoir des mails de marketing de notre part, vous pouvez vous retirer à tout moment en nous contactant par mail ou par courrier. Nous ne partagerons jamais votre adresse mail avec des tiers.

### **Nous contacter concernant vos données personnelles**

Si vous avez des questions sur la façon dont nous protégeons vos informations personnelles ou pour exercer l'un de vos droits indiqués ci-dessus, veuillez contacter :

Le Délégué à la Protection des Données  
Amariz Limited  
Imperial House  
1 Harley Place  
Bristol BS8 3JT  
Royaume-Uni.  
Mail : [info@amariz.co.uk](mailto:info@amariz.co.uk).

Si vous souhaitez porter plainte sur la manière dont nous avons traité vos données personnelles, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données qui fera des recherches : par mail [info@amariz.co.uk](mailto:info@amariz.co.uk) ou écrire au Délégué à la Protection des Données, Amariz Limited, Imperial House, 1 Harley Place, Bristol, BS8 3JT, Royaume-Uni.

Si vous n'êtes pas satisfait de notre réponse ou vous estimez que nous ne traitons pas vos informations personnelles conformément à la loi, vous avez le droit de porter plainte auprès du ICO (Information Commissioner's Office) :

Information Commissioner's Office  
Wycliffe House  
Water Lane  
Wilmslow  
Cheshire  
SK9 5AF  
Royaume-Uni  
Tél : +44 (0)303 123 1113 +44 (0)1625 545 745  
Mail : [casework@ico.org.uk](mailto:casework@ico.org.uk)

### **Informations sur notre immatriculation**

Amariz Limited est immatriculé auprès du ICO (Information Commissioner's Office) en tant que Contrôleur de Données (Numéro d'immatriculation Z6967521).

### **Mise à jour de notre politique de confidentialité**

Ce document est révisé régulièrement et nous publierons la version la plus récente de notre Politique de Confidentialité sur notre site web.