



NOTICE D'INFORMATION

Allianz Prévoyance Personne Clé

Visa DPP13-225



À retenir

Pour faciliter votre lecture,
le picto suivant
vous aidera à repérer
les informations importantes.



Bon à savoir

À quoi sert l'assurance prévoyance « personne clé » ?

L'assurance prévoyance « personne clé » s'adresse aux entreprises désireuses, comme vous, de se couvrir en cas de décès, d'arrêt de travail ou d'invalidité d'une personne jouant un rôle déterminant dans leur fonctionnement, la personne clé. Dans le cas présent, cette assurance met également à disposition une protection juridique (sous condition) et des services dont vous pourriez avoir besoin. Ces couvertures sont présentées à la suite de cette **Notice d'information** dans deux documents :

- la **Protection juridique** ;
- la **Convention d'assistance**.

1

Quelles sont les garanties et options que nous vous proposons ?

Allianz Prévoyance Personne Clé est une offre qui s'adapte à vos besoins. Vous disposez ainsi de plusieurs combinaisons de garanties et options. Retrouvez-en la synthèse en page suivante.

2

Que faire en cas de sinistre ?

Vous trouverez dans le chapitre « Que faire en cas de sinistre ? », paragraphe I, le détail des documents à fournir pour bénéficier des prestations prévues dans votre adhésion au contrat. Vous et l'assuré pouvez, en cas d'arrêt de travail de l'assuré, nous adresser les documents et justificatifs à l'adresse suivante :

Allianz – Centre de Solutions Client Vie – TSA 81003 – 67018 Strasbourg Cedex.

Si ces documents contiennent des informations médicales, indiquez alors bien sur l'enveloppe « À l'attention du médecin conseil ».



Sommaire

Tableau de synthèse des garanties et options	3
Principales définitions	4
Les conditions d'adhésion	5
I. Le Contrat Allianz Prévoyance Personne Clé	5
II. L'objet du Contrat	6
III. Les conditions d'admission liées à l'adhérent et à l'assuré	6
IV. L'adhésion au Contrat	6
V. Les conséquences d'une fausse déclaration à l'adhésion	9
Le détail des garanties et options à votre disposition	10
I. Les limitations générales et les exclusions	10
II. La garantie Décès toutes causes	13
III. La garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	13
IV. La garantie Incapacité temporaire totale en cas d'accident ou de maladie	13
V. La garantie Capital invalidité en cas d'accident ou de maladie	15
VI. L'option dos et psy	16
Que faire en cas de sinistre ?	18
I. Les pièces justificatives à nous fournir	18
II. À propos de votre déclaration de sinistre	18
III. Le contrôle médical	19
Qui bénéficie des prestations ?	20
I. En cas de décès, Perte totale et irréversible d'Autonomie, Incapacité et Invalidité	20
II. Les capitaux décès non réclamés	20
Vos cotisations	21
I. Le calcul de vos cotisations d'assurance	21
II. L'évolution des cotisations d'assurance dans le temps	21
III. Le versement des cotisations d'assurance	21
Les modifications de votre adhésion	23
I. La modification des garanties	23
II. La modification de votre situation ou de celle de l'assuré	23
Les informations générales	24
I. Votre interlocuteur si vous avez besoin d'informations	24
II. La protection de vos données personnelles	24
III. Votre droit d'opposition au démarchage téléphonique	26
IV. Les relations clients et la médiation	26
V. Les conditions de prescription	26



VI. La subrogation	28
VII. La participation aux bénéfices techniques et financiers	28
VIII. La lutte contre le blanchiment	28
IX. La solvabilité et la situation financière de l'assureur	28
X. L'autorité de contrôle et les règles régissant le Contrat	28
XI. Les sanctions internationales	28
XII. L'identifiant unique (IDU) ADEME	29
Barème spécifique d'invalidité -----	30
Lexique -----	32



Tableau de synthèse des garanties et options

Voici la synthèse des garanties et options que vous pouvez choisir au moment de votre adhésion :

Garanties et options ⁽¹⁾	Minimum/ Maximum	Conditions/Liens avec les autres garanties	Page de la notice
Garanties en cas de décès			
Décès toutes causes	15 000 € minimum	Protection juridique incluse.	page 13
Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)		Incluse et associée à la garantie ci-dessus.	page 13
Garanties en cas d'incapacité			
Incapacité temporaire totale en cas d'accident ou de maladie (avec ou sans option dos et psy)	15 € / jour minimum		page 13
Garanties en cas d'invalidité			
Capital invalidité en cas d'accident ou de maladie (avec ou sans option dos et psy)	15 000 € minimum		page 15
Autres garanties et options			
Option dos et psy			page 16
Protection juridique		Incluse dans la garantie Décès toutes causes.	⁽²⁾
Assistance		Incluse à l'adhésion.	⁽²⁾

(1) Le chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition » précise dans son paragraphe I les limitations et les exclusions associées à ces différentes garanties et options, en particulier les pratiques de sports que nous ne couvrons pas par défaut.

(2) Ces garanties sont présentées respectivement dans les documents « Protection juridique » et « Convention d'assistance » placés à la suite de cette Notice d'information.



Principales définitions

Vous

La personne morale qui adhère au Contrat, également dénommée « adhérent ».

Nous

Allianz Vie, l'assureur.

ANCRE

ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE. Association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 qui représente ses membres dans les relations avec l'assureur Allianz Vie.

Assuré

Personne physique, sur laquelle reposent les garanties choisies dans le contrat Allianz Prévoyance Personne Clé en sa qualité de Personne clé au sein de l'entreprise adhérente. Elle répond aux conditions d'admission à l'assurance.

Bénéficiaire

Personne qui perçoit les prestations en cas de mise en jeu d'une garantie. Pour le contrat, il s'agit systématiquement de l'adhérent.

Personne Clé

Toute personne jouant un rôle déterminant dans le fonctionnement de l'entreprise adhérente, assurée nommément sur l'adhésion au contrat.

Régime obligatoire

Régime légal d'assurances sociales auquel l'assuré est obligatoirement assujéti.

Retrouvez les autres définitions dans le lexique en page 32.



Les conditions d'adhésion

I. Le Contrat Allianz Prévoyance Personne Clé

Allianz Prévoyance Personne Clé est le nom donné au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative établi sous le n° **010-2014-005**, régi par le droit français et le Code des assurances. Il est souscrit :

- auprès d'Allianz Vie ;
- par l'ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE (ANCRE) au profit de ses adhérents.

Ce contrat est dénommé ci-après « le Contrat ».

1. Le souscripteur

L'ANCRE est le souscripteur du Contrat. Il s'agit d'une association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et contrôlée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). L'ANCRE est située 27 boulevard des Italiens, 75002 Paris. Ses statuts sont disponibles sur simple demande auprès de l'ANCRE ou sur le site www.ancre-vie.com. L'ANCRE défend les intérêts de ses membres.

L'ANCRE a pour objet :

- de susciter et de développer, parmi ses adhérents, le sens de l'épargne et de la prévoyance, et plus généralement de toutes les formes de garanties des risques de la vie ;
- d'étudier les diverses possibilités de constitution volontaire de régimes de complément de retraite, d'épargne, de prévoyance ;
- de permettre la mise en œuvre de ces régimes notamment en souscrivant à l'intention de ses adhérents les contrats de capitalisation, les contrats d'assurance vie de groupe correspondants, ou les contrats d'assurance de groupe ayant pour objet la couverture d'engagements de retraite supplémentaire ;
- d'informer ses adhérents de l'évolution de ces divers régimes ;
- de représenter ses adhérents dans le cadre des contrats d'assurance de groupe qu'elle a souscrits et de défendre leurs intérêts auprès de tout organisme intervenant et des pouvoirs publics ;
- de mettre à la disposition de ses adhérents des services en rapport avec l'objet social ;
- de participer à toute action, association, fondation, ayant un objet en rapport avec celui de l'association ;
- de proposer des offres privilégiées que l'association a pu obtenir auprès de partenaires ;
- d'exercer toute action de solidarité envers des personnes physiques en situation d'invalidité, de maladie ou de grande détresse.

Pour adhérer au Contrat, vous devez être adhérent à l'association ANCRE. Les personnes non membres le deviennent moyennant le paiement de la première cotisation statutaire annuelle (aussi nommée « cotisation d'adhésion »).

La cotisation à l'association ANCRE au titre du contrat auquel vous avez adhéré est due chaque année.

La cotisation statutaire annuelle est indiquée dans la demande d'adhésion. Elle est révisable chaque année par l'association.

2. L'assureur

L'ensemble des garanties et options du Contrat est assuré par Allianz Vie (au titre de la branche 20 « vie-décès », la branche 1 « accident » et la branche 2 « maladie »). La liste des branches figure à l'article R321-1 du Code des assurances.

3. L'adhérent

Le Contrat est réservé aux seules personnes morales, membres de l'ANCRE à jour de leur cotisation statutaire annuelle à l'association.

L'adhérent au Contrat est la personne morale obligatoirement adhérente à l'ANCRE, dont un représentant dûment habilité signe la demande d'adhésion et accepte les clauses que nous proposons.

Dans le cadre du Contrat et pour toutes les garanties, l'unique bénéficiaire est l'adhérent et ce, de manière irrévocable.

L'adhérent, personne morale, sera désignée par «vous» dans la présente Notice d'information.

4. L'assuré « personne clé »

L'assuré est la « personne clé » dont le décès, l'invalidité ou l'incapacité à la suite d'une maladie ou d'un accident déclenche le règlement des prestations garanties en vigueur lors de la survenance de cet événement. La « personne clé » correspond à une personne ayant un rôle déterminant dans le fonctionnement de l'entreprise.



L'assuré signe également la demande d'adhésion pour exprimer son consentement à l'assurance et se soumettre aux formalités d'adhésion (notamment médicales) que nous demandons.

5. La modification ou la résiliation du Contrat d'assurance de groupe

Le Contrat a pris effet le 3 novembre 2014. Il se renouvelle ensuite annuellement, chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction. Le Contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par Allianz Vie ou l'ANCRE moyennant un préavis de 6 mois.

a. En cas de modification du contrat d'assurance de groupe

Si cette modification porte sur les droits et obligations des adhérents, celle-ci sera communiquée aux adhérents par écrit par l'ANCRE, sous forme d'« informations aux adhérents », dans un délai de 3 mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur (article L141-4 du Code des assurances). À la suite de ces modifications, les adhérents qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.

b. En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe

Dans ce cas, les adhérents sont informés en respectant un préavis de 3 mois. Ils continuent à être adhérents de l'ANCRE et assurés par Allianz Vie. Ils bénéficient donc des garanties et options souscrites jusqu'à la fin de leur adhésion, à condition de payer les cotisations d'assurance et associative.

c. En cas de dissolution de l'ANCRE

Dans ce cas, les adhérents sont informés en respectant un préavis de 3 mois. Ils continuent à bénéficier des garanties et options choisies jusqu'à la date de cessation de leur adhésion, moyennant le paiement des cotisations d'assurance. La gestion des adhésions en cours se poursuivra chez Allianz Vie.

II. L'objet du Contrat

Le Contrat a pour objet de compenser le préjudice qui résulterait pour vous, selon votre choix, du décès, de la perte totale et irréversible d'autonomie, de l'incapacité ou de l'invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident de la personne clé.

Vous devez veiller à ce que les montants choisis pour chacune des garanties retenues correspondent au préjudice que vous subiriez. De façon similaire, en cours d'adhésion, vous devrez, le cas échéant, réactualiser auprès de nous le montant des prestations garanties, comme précisé au chapitre « Les modifications de votre adhésion ».

III. Les conditions d'admission liées à l'adhérent et à l'assuré

Pour adhérer au Contrat, les conditions suivantes doivent être remplies :

- en tant qu'entreprise adhérente, vous devez avoir votre siège social en France métropolitaine, en Outre-mer⁽¹⁾ ou en Principauté de Monaco ;
- l'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et respecter les conditions d'âge indiquées dans la description des garanties au chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition ».

IV. L'adhésion au Contrat

Lors de l'adhésion, vous et l'assuré vous engagez à nous communiquer en toute sincérité l'ensemble des informations importantes dans l'appréciation de vos situations respectives sur les documents qui vous sont remis à cet effet (tout particulièrement, pour l'assuré, le questionnaire de santé ou rapport médical, les déclarations d'activités professionnelle et sportive, les questionnaires spécifiques d'activités).

1. Formalités d'adhésion

Si vous et l'assuré remplissez les conditions d'admission définies au présent chapitre, paragraphe III., vous pouvez effectuer les démarches d'adhésion une fois choisies vos garanties et options.

Vous devez nous communiquer :

- la demande d'adhésion, que vous signez, accompagnée de vos coordonnées bancaires (RIB ou RICE), d'un extrait Kbis de moins de 3 mois, de votre attestation des bénéficiaires effectifs ainsi que d'un mandat SEPA ;
- les questionnaires de santé correspondant à la situation de l'assuré, qu'il vous aura remis sous enveloppe secret médical, après les avoir remplis et signés au moment de l'adhésion. Nous pouvons demander à l'assuré des examens ou informations médicales supplémentaires en fonction des éléments médicaux qu'il déclare ;

(1) Outre-mer : Guadeloupe, Guyane française, La Réunion, Martinique, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon.



- et tous documents à partir desquels la demande d'adhésion est étudiée avant que nous puissions accepter ou refuser l'adhésion.

Selon notre analyse de votre situation, nous pouvons :

- refuser l'adhésion. Dans ce cas, cette décision vous est notifiée ;
- accepter l'adhésion sans conditions particulières. Nous vous envoyons alors un Bulletin d'adhésion validant ainsi que l'adhésion est conclue ;
- accepter l'adhésion à des conditions particulières de tarif (majoration de cotisations) et/ou de garanties (restrictions de certaines garanties ou exclusions). Ces conditions vous sont alors notifiées par écrit et les éventuelles exclusions de garanties liées à l'état de santé de l'assuré sont notifiées à l'assuré. Si vous et le cas échéant l'assuré donnez votre accord sur les conditions particulières en nous les retournant **signées, dans un délai maximal de 60 jours suivant leur date d'envoi**, un Bulletin d'adhésion vous est envoyé, validant ainsi que l'adhésion est conclue.

À défaut de réception de votre accord écrit et le cas échéant celui de l'assuré dans ce délai, l'adhésion au Contrat est réputée refusée.



Nous prenons en charge les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles que nous fixons. Ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires de notre part sont à votre charge. Si vous adhérez au contrat, ces frais vous seront remboursés à votre demande.

Garantie immédiate en cas de décès par accident

Si vous avez choisi la garantie Décès toutes causes, vous bénéficiez d'une garantie immédiate en cas de décès par accident pendant une période maximum de soixante jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Cette garantie est fixée au montant du capital décès choisi, dans la limite de 150 000 €.

Si l'assuré décède avant l'établissement du Bulletin d'adhésion, le capital vous est versé et la cotisation initiale perçue vous sera remboursée.

Aucun règlement ne sera effectué au titre de la garantie immédiate si le décès est la conséquence :

- d'une maladie ;
- d'un accident survenu avant la date de signature de la demande d'adhésion.

La garantie immédiate en cas de décès par accident cesse :

- lorsque vous ou l'assuré ne répondez pas dans un délai de 15 jours à compter de la date d'envoi de notre lettre de demande d'informations complémentaires ;
- au jour de notre refus d'accorder la garantie ;
- au jour de votre refus et/ou de celui de l'assuré d'accepter les conditions d'adhésion ;
- à la date de conclusion de l'adhésion matérialisée par l'édition du Bulletin d'adhésion ;
- au plus tard, 60 jours après la signature de la demande d'adhésion.

Cette garantie ne s'applique pas si la garantie en cas de décès est à effet différé.

2. Le début et la fin de votre adhésion et de vos garanties et options

a. Prise d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet à la date indiquée dans le Bulletin d'adhésion. L'échéance principale correspond à la date anniversaire de cette date d'effet.

b. Prise d'effet des garanties et options

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion, sous réserve que vous ayez réglé la première cotisation et la cotisation statutaire annuelle à l'ANCRE.

La date d'effet pour tout ou partie de vos garanties peut cependant être différée. Lorsque certaines garanties ont une date d'effet différé, cette date est également précisée sur le Bulletin d'adhésion.



Pour certaines garanties, il existe également un délai d'attente de prise en charge. Ce dernier débute à partir de la date d'effet de la garantie. Le chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition » précise les garanties concernées par un délai d'attente ainsi que ses modalités éventuelles.

c. Durée de l'adhésion

Votre adhésion a une durée d'un an à compter de sa prise d'effet. Elle se renouvelle automatiquement chaque année à sa date d'échéance principale (tacite reconduction), sauf en cas de résiliation dans les conditions prévues au paragraphe suivant ou au terme de toutes les garanties choisies.



d. Résiliation de l'adhésion

Vous avez la possibilité de résilier votre adhésion selon les modalités ci-après :

	Quand et comment faire votre demande ?	Quand votre adhésion est-elle résiliée ?	Référence au Code des assurances
À l'échéance (annuelle)	Par lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable, 2 mois avant la date d'échéance de votre adhésion.	À sa date d'échéance.	Article L113-12.
Perte du statut de personne clé par l'assuré	Par lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable, dès que l'assuré change de statut et dans un délai de 30 jours.	À la date de perte de statut.	
Fin de votre activité	Par lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable. À l'ouverture de la liquidation judiciaire.	À l'ouverture de la liquidation judiciaire.	
Modification du contrat (chapitre « Les conditions d'adhésion », paragraphe I.5.)	Par lettre recommandée, lettre simple, e-mail ou tout autre support durable, dès réception de l'information envoyée par l'ANCRE.	Au plus tard à la date d'application des modifications du contrat.	Article L141-4.

Par ailleurs, nous pouvons résilier votre adhésion selon les modalités ci-dessous :

	Quand et comment nous informons-nous ?	Quand votre adhésion est-elle résiliée ?	Référence au Code des assurances
À l'échéance (annuelle), pendant les 2 premières années de l'adhésion	Par lettre recommandée, 2 mois avant la date d'échéance de votre adhésion.	À sa date d'échéance.	
Non-paiement des cotisations d'assurance (chapitre « Vos cotisations », paragraphe III.2.)	Par l'envoi d'une lettre de mise en demeure recommandée, 10 jours après l'échéance de votre ou vos cotisations.	40 jours après l'envoi de la lettre si vous n'avez pas payé votre cotisation.	Article L113-3.
Fin de votre activité	Par lettre recommandée, dès connaissance de l'événement de fin d'activité.	À l'ouverture de la liquidation judiciaire.	
Si vous ou l'assuré avez commis une fraude ou une tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre	Par lettre recommandée.	10 jours après l'envoi de la lettre recommandée par nos services.	

Nous pouvons également résilier votre adhésion en cas de fausse déclaration de votre part ou de celle de l'assuré, dans les conditions précisées au présent chapitre, paragraphe V.

Dans tous les cas, les cotisations statutaires à l'association ANCRE ne vous seront pas remboursées.

e. Cessation de l'adhésion

Votre adhésion et l'ensemble des garanties cessent :

- en cas de mise en jeu des garanties en cas de décès ou de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie ;
- lorsque l'assuré quitte l'entreprise adhérente ou qu'il n'y exerce plus de fonction de personne clé ;
- au plus tard la veille du jour du 76^e anniversaire de l'assuré.

Les conditions de cessation propres à chaque garantie ou option sont décrites au chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition ».

3. Documents contractuels de l'adhésion

Votre adhésion est constituée des documents suivants :

- la présente Notice d'information qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- les informations aux adhérents ultérieures modifiant le Contrat ;
- le Bulletin d'adhésion qui précise les garanties choisies et fixe les règles particulières ;
- l'éventuel document que l'assuré a signé si sa situation demande l'acceptation d'exclusions médicales et/ou de majorations tarifaires et l'éventuel document que vous avez signé si la situation de l'assuré demande l'acceptation de majorations tarifaires ;
- les éventuels avenants ultérieurs.



V. Les conséquences d'une fausse déclaration à l'adhésion

Vous et l'assuré devez apporter le plus grand soin aux formalités d'adhésion, notamment en communiquant avec sincérité l'ensemble des informations que nous vous demandons.

Attention : en cas de fausse déclaration, votre adhésion au Contrat peut être annulée ou vos prestations réduites.

Toute fausse déclaration ou omission d'informations nous permettant d'apprécier le risque au moment de l'adhésion entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- si la fausse déclaration ou l'omission est intentionnelle (article L113-8 du Code des assurances), nous annulons votre adhésion. Dans ce cas, nous conservons les cotisations que vous avez payées. De plus, nous avons le droit, à titre de dédommagement, de vous réclamer le paiement de toutes les cotisations dues jusqu'à l'échéance principale de votre adhésion. Vous devez également nous rembourser les sommes versées à l'occasion des sinistres que nous vous avons indemnisés ;
- si la déclaration inexacte ou l'omission n'est pas intentionnelle (article L113-9 du Code des assurances), vous vous exposez :
 - avant le sinistre : soit à une augmentation de votre cotisation, soit à la résiliation de votre adhésion,
 - après le sinistre : à la réduction de vos indemnités proportionnellement à la cotisation que vous auriez dû payer si vos déclarations avaient été exactes.



Les cotisations statutaires annuelles à l'association ANCRE ne vous seront pas remboursées.



Le détail des garanties et options à votre disposition

Nous détaillons dans ce chapitre le fonctionnement des garanties et options, nos conditions de prise en charge et les exclusions générales et propres à chaque garantie.



Vous ne bénéficiez que des garanties et options indiquées dans votre Bulletin d'adhésion ou votre dernier avenant en vigueur : ces documents précisent d'ailleurs le montant des différentes garanties. Comme indiqué dans la suite du document, certaines des garanties et options ne peuvent être choisies qu'au moment des formalités d'adhésion (par exemple, l'option dos et psy) : en cours d'adhésion, ces garanties et options peuvent être supprimées mais il n'est pas possible de les ajouter.

I. Les limitations générales et les exclusions

1. Territorialité des garanties

a. Voyages et courts séjours de l'assuré à l'étranger

Au titre de la garantie en cas de décès, la couverture porte sur le monde entier. Si l'assuré décède à l'étranger, le certificat de décès émis par la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné doit nous être fourni (hors France métropolitaine, Outre-mer⁽¹⁾ et Principauté de Monaco).

Au titre de la garantie en cas d'incapacité, la couverture porte sur le monde entier selon les dispositions prévues par le Contrat, à condition que l'incapacité de l'assuré donne lieu à une hospitalisation à l'étranger dans un établissement de soins public ou privé placé sous contrôle médical. L'assuré doit nous communiquer la preuve de son hospitalisation au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française locale et rédigés en langue française. Sans réception de ces éléments, la prise en charge de la garantie en cas d'incapacité temporaire totale sera suspendue jusqu'au retour de l'assuré en France.

Au titre des garanties autres qu'en cas de décès et qu'en cas d'incapacité, la couverture porte sur le monde entier, sous réserve qu'un constat de sinistre soit établi au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française locale, rédigés en langue française, et sous réserve de la possibilité de contrôle par nous dans les conditions prévues au chapitre « Que faire en cas de sinistre ? », paragraphe III.

À défaut de documents spécifiques permettant de justifier de l'état de santé de l'assuré, votre droit aux prestations est suspendu jusqu'au jour du retour de l'assuré en France métropolitaine, en Outre-mer ou en Principauté de Monaco, dans un pays de l'Union européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

Ces documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

b. Séjours de l'assuré à l'étranger de plus de 90 jours

Dans ce cas, vous devez vous reporter au chapitre « Les modifications de votre adhésion », paragraphe II., car les dispositions du point précédent peuvent être amendées par des conditions spécifiques, des exclusions ou la résiliation de l'adhésion.

2. Les exclusions

a. Exclusions pour toutes les garanties et options

Nous excluons :

- les conséquences de guerres civiles ou étrangères, conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotages, attentats, tentatives d'attentat, émeutes, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'assuré y prend une part active, qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle ;
- les conséquences de la participation de l'assuré en tant qu'auteur, co-auteur ou complice à des délits intentionnels, à des crimes ;
- les conséquences de l'état d'ivresse de l'assuré constaté médicalement par un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour de l'événement ;

(1) Outre-mer : Guadeloupe, Guyane française, La Réunion, Martinique, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna.



- les conséquences de l’usage de stupéfiants absorbés par l’assuré en l’absence de toute prescription médicale ou de l’alcoolisme chronique de l’assuré ;
- les conséquences, récidives, rechutes ou complications, y compris consécutives au traitement, de maladies ou accidents de l’assuré survenus antérieurement aux dates d’effet des garanties sauf s’ils ont fait l’objet d’une déclaration au moment de l’adhésion et n’ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie.

b. Exclusions spécifiques pour la garantie Décès toutes causes

Pour cette garantie, nous excluons :

- le décès de l’assuré en cas de suicide au cours de la première année d’assurance : vous recevrez alors uniquement la part de cotisation déjà réglée couvrant la période postérieure au décès ;
- le décès de l’assuré en cas de suicide au cours de l’année qui suit une augmentation de votre garantie : vous percevrez les prestations prévues antérieurement à l’augmentation de la garantie ainsi que la part de cotisation déjà réglée couvrant la période postérieure au décès et correspondant à l’augmentation de garantie.

c. Exclusions spécifiques pour la garantie Perte totale et irréversible d’autonomie

Pour cette garantie, nous excluons les conséquences :

- de maladies ou d’accidents qui sont du fait volontaire de l’assuré ;
- de mutilations volontaires de l’assuré ;
- ou d’une tentative de suicide de l’assuré.

d. Exclusions spécifiques pour les garanties en cas d’incapacité et d’invalidité

Pour ces garanties, nous excluons :

- les blessures ou lésions de l’assuré provenant de paris ou défis ;
- les conséquences de maladies ou d’accidents qui sont du fait volontaire de l’assuré ;
- les conséquences de mutilations volontaires de l’assuré ;
- les conséquences d’une tentative de suicide de l’assuré ;
- les sinistres de l’assuré résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l’atome ;
- les périodes de congé de maternité ou de paternité, tels que définis aux articles L1225-17 et suivants et L1225-35 du Code du travail, que l’assuré y soit ou non assujéti ;
- les sinistres résultant de tout acte chirurgical à but esthétique (hors chirurgie réparatrice), ainsi que ses éventuelles conséquences et complications.

e. Exclusions spécifiques si l’option dos et psy n’est pas retenue

Pour les seules garanties qui peuvent être associées à l’option dos et psy, à savoir les garanties Incapacité temporaire totale en cas d’accident ou de maladie et Capital invalidité en cas d’accident ou de maladie, si vous n’avez pas retenu l’option dos et psy, nous excluons :

- les sinistres résultant d’un lumbago, une lombalgie, une sciatique, une sciatgie, une cruralgie, une névralgie cervico-brachiale, un défilé thoraco-brachial, une protrusion discale, une hernie discale, une dorsalgie, une cervicalgie, une coccygodynie, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant l’incapacité ;
- les sinistres résultant d’une dépression, un syndrome anxio-dépressif, des troubles anxieux, une anxiété généralisée, un trouble panique, des troubles obsessionnels compulsifs, une névrose traumatique, une névrose hystérique, une bouffée délirante, une psychose, une schizophrénie, une paranoïa, un trouble bipolaire, une personnalité borderline, des troubles du comportement alimentaire, une hyperactivité, un syndrome de Gilles de la Tourette, une démence, une spasmophilie, un syndrome de fatigue chronique, une fibromyalgie, un burn-out ou épuisement professionnel, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité (hormis l’hospitalisation de jour) ou si l’assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.



f. Exclusions de sports à risque pratiqués en tant qu'amateur ou amateur rémunéré

Les sports à risque cités ci-dessous pratiqués par l'assuré en tant qu'amateur ou amateur rémunéré sont exclus des garanties en cas de décès, d'incapacité, d'invalidité ainsi que de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie.

Ces sports sont les suivants :

- trekking et randonnées pédestres sans guide à plus de 3 500 mètres ou avec guide à plus de 5 000 mètres, alpinisme, paralpinisme, expéditions en milieu extrême, escalade/varappe en milieu naturel, escalade/varappe sur mur artificiel, via ferrata, spéléologie ;
- ski/snowboard/surf des neiges/mono ski (que la pratique soit hors piste ou extrême ou en solitaire), ski artistique ou acrobatique, kilomètre lancé, saut à ski, skiathlon, ski de randonnée, speed riding, hockey sur glace, bobsleigh. De plus, tous les sports de neige ou de glace, dès lors qu'ils sont pratiqués en compétition, sont exclus ;
- cyclisme en compétition, VTT en compétition, VTT radical ou extrême, BMX ;
- sports mécaniques et/ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant ;
- sports nautiques de type flysurf, funboard, hydrospeed, kitesurf, plongeon de haut vol ou artistique, yachting à plus de 50 milles d'un abri côtier, régates, courses au large, rafting, canoë-kayak, kayak, canyoning, plongée sous-marine à partir de 20 mètres de profondeur, plongée en scaphandrier ;
- en compétition : planche à voile, speed sail, ski nautique, barefoot, surf, paddle, windsurf, surfboard, planche hawaïenne ;
- activités aériennes de type parapente, deltaplane, aile delta, parachutisme, parachutisme ascensionnel, paramoteur, vol à voile, planeur, ULM, autogire, gyrocoptère, montgolfière, dirigeable, aviation légère avec avion ou hélicoptère, voltige aérienne ;
- sports équestres de type saut d'obstacle (ou jumping), cross, concours complet, horse ball, hunter, joute équestre, polo, équitation western, voltige équestre, marathon d'équitation, chasse à courre ;
- chasse petit gibier, chasse gros gibier, safari-chasse ;
- tout sport de combat, d'auto-défense et/ou d'arts martiaux, à l'exception des sports suivants dès lors qu'ils sont pratiqués sans compétition : aéro-kick, aikido/aikibudo, body combat, canne de combat, capoeira, cardio-kickboxing, energie-full, judo/jiu-jitsu, karaté, kung-fu, lutte bretonne/greco-romaine, taekwondo, tai-chi-chuan, wendo, yoseikan budo ;
- football américain, saut à la perche, base jump, saut à l'élastique ou bungee, tauromachie ;
- en compétition : skateboard, patinage, escrime, gymnastique, squash ;
- tentatives de record, sports extrêmes, exploits, sports combinant au moins un des sports de l'ensemble de cette liste.

Toutefois, lorsque l'assuré pratique ces sports occasionnellement, c'est-à-dire dans le cadre d'un baptême, d'une initiation ou d'un stage d'une durée maximum d'une semaine par an, les garanties vous restent acquises si l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, appartenant à une structure habilitée à la pratique de l'activité.

À la demande expresse de l'assuré, tout ou partie de ces activités peuvent faire l'objet d'une étude des garanties. Dans ce cas, nous indiquons :

- si ces exclusions peuvent être levées, moyennant une tarification spéciale ;
- ou si nous conservons bien ces exclusions en refusant de couvrir le risque.

g. Sports pratiqués à titre professionnel

Par défaut, les conséquences de la pratique sportive à titre professionnel sont exclues de toutes les garanties. L'assuré doit donc nous déclarer les sports qu'il pratique à titre professionnel lors des formalités préalables à l'adhésion afin que nous puissions étudier :

- si ces exclusions peuvent être levées, moyennant une tarification spéciale ;
- ou si nous conservons bien ces exclusions **en refusant de couvrir le risque.**



II. La garantie Décès toutes causes

Cette garantie peut être choisie si l'assuré est âgé de 18 à 74 ans inclus.

Si l'assuré décède en cours d'adhésion à la suite d'une maladie ou d'un accident, nous vous versons le capital indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur.

La mise en jeu de cette garantie met fin à votre adhésion.

Cette garantie cesse, au plus tard, la veille du jour du 76^e anniversaire de l'assuré. Elle cesse également au jour où l'assuré quitte définitivement l'entreprise adhérente ou qu'il n'y exerce plus de fonction de personne clé.

Une Protection juridique est associée à la garantie Décès toutes causes. Elle est décrite dans le document « Protection juridique » placé à la suite de cette Notice d'information.

Délai d'attente

Cette garantie n'a pas de délai d'attente : vous êtes couvert dès la date d'effet de la garantie.

III. La garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Cette garantie est incluse et associée à la garantie Décès toutes causes.

L'assuré est reconnu en état de PTIA lorsque, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, il ne peut définitivement plus se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (se déplacer, s'habiller, manger, se laver), au jour déterminé par le médecin-expert que nous désignons.

Si l'assuré est reconnu en état de PTIA, en cours d'adhésion et avant son 76^e anniversaire, nous vous versons par anticipation le capital prévu en cas de décès toutes causes.

La mise en jeu de cette garantie met fin à votre adhésion.

Cette garantie cesse, au plus tard, la veille du jour du 76^e anniversaire de l'assuré. Elle cesse également au jour où l'assuré quitte définitivement l'entreprise adhérente ou qu'il n'y exerce plus de fonction de personne clé.

Délai d'attente

Cette garantie n'a pas de délai d'attente : vous êtes couvert dès la date d'effet de la garantie.

IV. La garantie Incapacité temporaire totale en cas d'accident ou de maladie

Cette garantie peut être choisie si l'assuré est âgé de 18 à 62 ans inclus.

Seules les personnes qui justifient de l'exercice effectif d'une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée peuvent être assurées au titre de la garantie Incapacité temporaire totale. La garantie cesse ainsi à l'arrêt définitif de toute activité professionnelle réelle et rémunérée de cette personne.

L'assuré est reconnu en état d'incapacité temporaire totale lorsque, temporairement et de façon continue, à la suite d'une maladie ou d'un accident, il ne peut plus exercer son activité professionnelle, même partiellement, ni sur son lieu de travail, ni à son domicile.

Si l'état de santé de l'assuré relève de l'incapacité temporaire totale, nous vous versons des indemnités journalières forfaitaires.

Le montant des indemnités journalières est indiqué dans votre Bulletin d'adhésion ou votre dernier avenant en vigueur à la date de début de l'état d'incapacité temporaire totale de l'assuré. Il est déterminé en fonction des justificatifs que nous vous demandons.

1. Franchise et durée de prise en charge

Notre prise en charge intervient à l'expiration du délai de franchise indiqué dans le Bulletin d'adhésion, tant que l'incapacité temporaire totale est médicalement justifiée et que nous la reconnaissons. La durée de cette prise en charge :

- correspond au nombre de jours d'incapacité temporaire totale prescrite par le médecin de l'assuré diminué du nombre de jours de franchise ;
- et est **au maximum de 365 ou 1 095 jours consécutifs** (choix irréversible à l'adhésion) au titre de la même incapacité temporaire totale.

Le nombre de jours de franchise est de 90 jours. En effet, pour bénéficier de la fiscalité « personne clé », le versement des prestations ne peut intervenir qu'à partir du 91^e jour d'arrêt de travail. Seuls peuvent donc être indemnisés les arrêts de travail d'au moins 90 jours. Néanmoins, pour ceux-ci, il sera réglé, rétroactivement, des indemnités journalières pour la période du 31^e au 90^e jour cumulées à celles dues à compter du 91^e jour.



2. Conditions pour percevoir vos indemnités journalières

Dès le début de l'incapacité temporaire totale, l'assuré doit :

- être couvert au titre de cette garantie ;
- exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ;
- être désigné comme personne clé de l'entreprise.

3. Cas de la reprise à temps partiel thérapeutique

Si l'assuré a cumulé une période de 90 jours d'arrêt continu total de travail consécutifs minimum, et qu'il est reconnu par notre médecin conseil en état d'incapacité temporaire partielle et qu'il reprend son activité professionnelle à temps partiel pour motif thérapeutique au sein de l'entreprise, nous vous versons une demi-indemnité journalière pendant une durée de 90 jours maximum.

L'indemnisation au titre d'une reprise à temps partiel suit les mêmes exclusions qu'une indemnisation au titre d'une incapacité temporaire totale : un arrêt non pris en charge au titre de l'incapacité temporaire ne peut donc être pris en charge au titre d'une reprise à temps partiel.

4. Cas des rechutes ou arrêts multiples

En cas de rechute dans les 60 jours suivant la fin de la période d'incapacité temporaire totale indemnisée, diagnostiquée médicalement comme provenant de la même cause, il n'y a pas de nouvelle application de la franchise et le nombre de jours d'indemnités déjà versées au titre de cette incapacité est décompté de la durée maximum de prise en charge possible.

En revanche, si l'incapacité temporaire totale est due à une nouvelle cause (accident ou maladie) ou si la rechute, diagnostiquée médicalement comme provenant de la même cause que l'incapacité temporaire totale précédente, survient après un délai de 60 jours suivant la fin de la période d'incapacité temporaire totale alors cette incapacité temporaire totale est considérée comme un nouvel arrêt avec application des règles usuelles de prise en charge (tel le délai de franchise) comme précisé au présent chapitre, paragraphe IV.1.

Enfin, en cas de rechute dans les 60 jours suivant la fin d'une période d'incapacité temporaire totale que nous n'avons pas indemnisée, diagnostiquée médicalement comme provenant de la même cause, nous ne vous indemniserons pas.

5. Conditions de cessation

Le versement des indemnités journalières cesse à la date de première réalisation d'un des événements suivants :

- le jour de la reprise totale de l'activité professionnelle par l'assuré ;
- le jour de la reprise à temps partiel de l'assuré lorsque cette reprise est non indemnisée au titre de l'adhésion au contrat ;
- au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie d'invalidité (pour un même sinistre), telle que précisée au présent chapitre, paragraphe V. ;
- au plus tard dans un délai de 365 ou 1 095 jours après la date de début de l'indemnisation de l'arrêt de travail, selon la durée que vous avez choisie à l'adhésion ;
- le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite. Dans ce cas, nous continuons la prise en charge de l'incapacité temporaire totale sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat ;
- le jour où l'assuré quitte l'entreprise adhérente ou son poste associé au rôle de personne clé ;
- au plus tard la veille du jour du 67^e anniversaire de l'assuré.

Les garanties en cas d'incapacité temporaire totale cessent :

- le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite (sauf s'il est en cumul emploi-retraite) ;
- au jour de la prise en charge au titre de la garantie Capital invalidité en cas d'accident ou de maladie, dans le cadre d'une invalidité totale ;
- le jour où l'assuré quitte l'entreprise adhérente ou son poste associé au rôle de personne clé ;
- le jour de la cessation de l'adhésion ;
- au plus tard la veille du jour du 67^e anniversaire de l'assuré.

Vous devez nous informer dès que l'assuré reprend son activité professionnelle après un arrêt de travail, même de manière partielle.



6. Délai d'attente

Seule une incapacité temporaire totale débutant après le délai d'attente peut être indemnisée. Le délai d'attente est le suivant :

- aucun délai en cas d'accident ;
- 6 mois dans le cas de maladies suivantes : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, défilé thoraco-brachial, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, dépression, syndrome anxio-dépressif, troubles anxieux, anxiété généralisée, trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, névrose traumatique, névrose hystérique, bouffée délirante, psychose, schizophrénie, paranoïa, trouble bipolaire, personnalité borderline, troubles du comportement alimentaire, hyperactivité, syndrome de Gilles de la Tourette, démence, spasmophilie, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, burn-out ou épuisement professionnel ;
- 3 mois dans le cas des autres maladies.

En cas d'avenant avec augmentation du montant de l'indemnité journalière, le nouveau délai d'attente s'applique sur le différentiel de garantie.

7. Option dos et psy

Vous pouvez choisir l'option dos et psy, décrite au présent chapitre, paragraphe VI., pour annuler les limitations de prise en charge listées au présent chapitre, paragraphe I.2.e.

D'éventuelles exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document validé et signé par l'assuré, que nous lui avons fait parvenir suite aux formalités d'adhésion. Ces exclusions s'appliqueront même si vous choisissez l'option dos et psy.

8. Bonus IJ

Le bonus IJ vous permet d'acquérir des indemnités journalières supplémentaires.

a. Acquisition du bonus

Si l'assuré ne s'est pas trouvé en incapacité temporaire totale durant une année d'assurance complète (l'année s'entend d'une échéance principale à la suivante), vous acquérez un jour de bonus. Le bonus acquis s'ajoute au solde de l'année précédente dans la limite de 7 jours.

b. Consommation du bonus

Dès lors que l'assuré remplit toutes les conditions d'indemnisation d'arrêt de travail, le bonus acquis pourra être mis en jeu si vous percevez des indemnités journalières au titre de la garantie. Le bonus permet une prise en charge des jours d'arrêt de travail non indemnisés du fait de l'application de la franchise.

L'utilisation de jours de bonus vient diminuer le solde acquis. Les jours de bonus non consommés s'ajoutent aux prochains jours acquis et peuvent être utilisés pour un arrêt de travail ultérieur. La résiliation de la garantie Incapacité temporaire totale à la suite d'un accident ou d'une maladie remet à zéro le bonus.

V. La garantie Capital invalidité en cas d'accident ou de maladie

Cette garantie peut être choisie si l'assuré est âgé de 18 à 62 ans inclus.

Cette garantie a pour objet de vous verser un capital lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente totale, comme défini ci-après, à la suite d'un accident ou d'une maladie. Le montant du capital alors versé est indiqué dans votre Bulletin d'adhésion ou votre dernier avenant en vigueur.

1. Reconnaissance, évaluation de l'état d'invalidité et consolidation

La garantie en cas d'invalidité peut être mise en jeu à partir de la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

La consolidation est le moment où l'état de santé de l'assuré, après un accident ou une maladie, se stabilise définitivement tel qu'un traitement, compte-tenu des connaissances scientifiques et médicales, n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation. Elle doit être établie au plus tard dans un délai de 1095 jours à compter de la date de début de l'arrêt de travail de l'assuré. Lorsque l'état de santé de l'assuré est consolidé et entraîne une incapacité totale d'exercer son activité professionnelle, le médecin que nous désignons détermine un taux d'invalidité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'invalidité professionnelle. Cela permet de calculer le taux d'invalidité.



Cette appréciation est indépendante de celle retenue par le régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité de l'assuré ou de tout autre organisme.

Le taux d'invalidité fonctionnelle, compris entre 0 et 100 %, est déterminé par le médecin que nous désignons.



Ce taux est fixé d'après le barème que vous avez retenu lors de votre adhésion :

- soit le « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun », également appelé « Barème Rousseau », publié par le Concours Médical (édition la plus récente au jour de l'expertise) ;
- soit le barème spécifique permettant une corrélation entre handicap et profession exercée. Ce barème figure au chapitre « Barème spécifique d'invalidité ».

Le taux d'invalidité professionnelle, compris entre 0 et 100 %, est déterminé par le médecin que nous désignons et dépend de l'importance et de la nature de l'inaptitude professionnelle par rapport aux activités professionnelles que l'assuré exerçait avant l'accident ou la maladie.

Le taux d'invalidité est obtenu à l'aide d'un tableau croisant le taux d'invalidité fonctionnelle issu du Barème Rousseau ou du barème spécifique et le taux d'invalidité professionnelle :

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle										
	6	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1							15,33	16,98	18,57	20,08	21,54
5				16,51	20,00	23,21	26,21	29,04	31,75	34,34	36,84
10			15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			20,00	26,21	31,75	39,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30			22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40		15,87	25,20	33,02	40,00	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
50		17,10	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60		18,17	28,84	37,80	45,79	43,13	60,00	66,49	72,68	78,62	84,34
70		19,13	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,77	88,79
80		20,00	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,53	92,83
90		20,80	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	15,33	21,54	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

L'assuré est reconnu en invalidité permanente totale si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 % à la date de consolidation.

La date de reconnaissance de l'invalidité permanente totale est fixée par le médecin expert que nous désignons.

2. Conditions de cessation

Cette garantie cesse à la date de première réalisation d'un des événements suivants :

- le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite ;
- le jour où l'assuré quitte l'entreprise adhérente ou son poste associé au rôle de personne clé ;
- au terme de l'adhésion et au plus tard la veille du jour du 67^e anniversaire de l'assuré.

3. Délai d'attente

Cette garantie n'a pas de délai d'attente : vous êtes couvert dès la date d'effet de la garantie.

4. Option dos et psy

Vous pouvez choisir l'option dos et psy, décrite au présent chapitre, paragraphe VI., pour annuler les limitations de prise en charge listées au présent chapitre, paragraphe I.2.e.

D'éventuelles exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document validé et signé par l'assuré, que nous lui avons fait parvenir suite aux formalités d'adhésion. Ces exclusions s'appliqueront même si vous choisissez l'option dos et psy.

VI. L'option dos et psy

Vous pouvez choisir cette option à l'adhésion. Elle vient en complément des garanties en cas d'incapacité et d'invalidité que vous choisissez.

Avec cette option, les sinistres motivés par les causes listées ci-dessous sont pris en charge sans l'obligation d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale ou d'une mise sous tutelle ou curatelle :

- lumbago, lombalgie, sciatique, sciatralgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, défilé thoraco-brachial, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie ;



- dépression, syndrome anxio-dépressif, troubles anxieux, anxiété généralisée, trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, névrose traumatique, névrose hystérique, psychose, bouffée délirante, schizophrénie, paranoïa, trouble bipolaire, personnalité borderline, troubles du comportement alimentaire, hyperactivité, syndrome de Gilles de la Tourette, démence, spasmophilie, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, burn-out ou épuisement professionnel.

Attention, d'éventuelles exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document validé et signé par l'assuré, que nous lui avons fait parvenir suite aux formalités d'adhésion. Ces exclusions s'appliqueront malgré votre choix de l'option dos et psy.



Que faire en cas de sinistre ?

I. Les pièces justificatives à nous fournir

Dans tous les cas de sinistre, les documents et justificatifs doivent être transmis à notre Centre de Solutions Client. Son adresse est mentionnée dans le lexique ainsi qu'à la page « À retenir ».

Vous nous faites parvenir tous les documents à caractère médical à la même adresse mais sous enveloppe « Secret Médical » en précisant « à l'attention du médecin conseil d'Allianz ».

Retrouvez, ci-dessous, l'ensemble des documents et justificatifs à nous envoyer. Des documents complémentaires pourront être demandés à l'assuré, en particulier pour des éléments médicaux.

Vous serez entièrement déchu de tout droit à garantie pour le sinistre en cause :

- si vous ou l'assuré faites une fausse déclaration sur la nature, les causes, les circonstances, ou les conséquences du sinistre ;
- ou si vous ou l'assuré produisez des documents falsifiés ou frauduleux.

1. En cas d'incapacité temporaire totale

- Une copie de l'avis d'arrêt de travail initial, de prolongation ou de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique ;
- la déclaration de sinistre que nous fournissons, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant de l'assuré.

Si l'incapacité temporaire totale est liée à une hospitalisation, il conviendra de fournir en complément les pièces suivantes :

- le bulletin de situation ou d'hospitalisation de l'établissement hospitalier où l'assuré est ou a été hospitalisé, indiquant le ou les services dans lesquels il séjourne ou a séjourné, le numéro FINESS de l'établissement hospitalier et le code DMT (Discipline Médico-Tarifaire) ;
- le ou les comptes-rendus d'hospitalisation associés à l'hospitalisation ;
- un certificat médical indiquant le motif de l'hospitalisation.

2. En cas d'invalidité

- Un certificat médical détaillé attestant l'état d'invalidité de l'assuré ou la notification d'invalidité de son régime obligatoire. Notre appréciation reste cependant indépendante de celle retenue par le régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité ou de tout autre organisme ;
- la déclaration de sinistre que nous fournissons, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant de l'assuré.

3. En cas de décès

- L'extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un ;
- le certificat médical post-mortem.

4. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- Le certificat médical descriptif attestant que l'assuré est en état de perte totale et irréversible d'autonomie nécessitant l'assistance d'une tierce personne ;
- le cas échéant, la notification d'invalidité (catégorie 3) du régime obligatoire. Notre appréciation reste cependant indépendante de celle retenue par le régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité ou de tout autre organisme.

II. À propos de votre déclaration de sinistre

Dès que vous ou l'assuré en avez connaissance, vous devez nous déclarer tout événement pouvant mettre en jeu les garanties de votre adhésion. Nous vous réglons alors les sommes dues après réception de tous les documents et justificatifs et avoir accordé notre prise en charge du sinistre.

1. Cas du décès

La déclaration de sinistre à la suite du décès de l'assuré doit être faite au plus tôt.



2. Cas de l'incapacité temporaire totale

Vous ou l'assuré devez déclarer son incapacité temporaire totale avant la reprise, même partielle, de son activité professionnelle et au plus tard dans les 15 jours ouvrés qui suivent le premier jour de son incapacité de travail.

Dans le cas contraire, notre prise en charge interviendra à compter de la réception de la déclaration par notre médecin-conseil **sous réserve que nous apportions la preuve d'avoir subi un préjudice**. Si ce préjudice est avéré, la durée maximale de votre prise en charge sera diminuée du délai de votre déclaration ou de celle de l'assuré.

L'assuré doit également nous déclarer sans délai la reprise de son activité professionnelle, même partielle.

III. Le contrôle médical

L'assuré doit nous fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou à tout examen que nous demandons. Quelle que soit sa situation, les médecins experts désignés par nos soins doivent pouvoir constater son état de santé à tout moment.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à un examen médical ou une expertise ou en cas de refus de nous transmettre les documents demandés, le versement de vos prestations sera suspendu.

Attention : il n'existe pas de lien entre les décisions de la Sécurité sociale, ou de tout autre organisme assimilé, et les nôtres, concernant l'appréciation de l'incapacité et de l'invalidité de l'assuré. Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé ne nous sont donc pas opposables.

Si l'assuré réside hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité, le contrôle médical et les expertises éventuelles s'effectuent en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-mer⁽¹⁾, dans les collectivités d'Outre-mer⁽²⁾, en Nouvelle-Calédonie ou en Principauté de Monaco. Les frais de déplacement que l'assuré engage pour s'y rendre restent à sa charge.

Arbitrage

En cas de désaccord médical entre notre médecin et le médecin de l'assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le tribunal compétent, éventuellement par voie de référé.

Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, la moitié de ceux du troisième médecin et, s'il y a lieu, des frais supplémentaires.

(1) Départements et régions d'Outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane française, Réunion, Mayotte.

(2) Collectivités d'Outre-mer : Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre et Miquelon.



Qui bénéficie des prestations ?

I. En cas de décès, Perte totale et irréversible d'Autonomie, Incapacité et Invalidité

Au titre de ce contrat et pour toutes les garanties, vous êtes l'unique bénéficiaire des prestations de ce Contrat.

II. Les capitaux décès non réclamés

Conformément à l'article L132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la **Caisse des Dépôts et Consignations**, l'assureur informe les bénéficiaires par tout moyen de ce transfert.

Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'État.



Vos cotisations

Pendant toute la durée de l'adhésion :

- vous devez être à jour de votre cotisation statutaire annuelle à l'ANCRE ;
- vous devez également, pour bénéficier des garanties et options de ce Contrat, payer vos cotisations d'assurance décrites ci-après.

I. Le calcul de vos cotisations d'assurance

Vos cotisations sont fixées, selon le tarif en vigueur, en prenant en compte :

- les garanties et options que nous vous accordons ;
- l'âge de l'assuré ;
- le statut de fumeur ou de non-fumeur de l'assuré. Sont considérées comme fumeurs les personnes ayant fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 mois précédant la date de signature de la demande d'adhésion ;
- l'activité professionnelle de l'assuré ;
- le lieu de résidence de l'assuré ;
- les résultats des formalités d'adhésion.

Le montant des cotisations est indiqué dans votre Bulletin d'adhésion ou le dernier avenant en vigueur.

II. L'évolution des cotisations d'assurance dans le temps

Hors motifs de modification de garanties impactant vos cotisations (précisés au chapitre « Les modifications de votre adhésion »), vos cotisations peuvent évoluer pour différents motifs cumulatifs décrits ci-après. Cependant, après les deux premières années suivant la date d'effet de votre adhésion, nous nous engageons à ne jamais augmenter à titre individuel vos cotisations d'assurance en raison de l'état de santé de l'assuré (article 6 de la loi Evvin).

1. Âge de l'assuré

Vos cotisations évoluent à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de l'âge atteint de l'assuré.

2. Indexation

Chaque année, à la date d'échéance principale de votre adhésion, le montant des garanties et les cotisations évoluent d'une indexation de 2 %.

Vous pouvez refuser cette indexation : vous nous informez alors par courrier au plus tard deux mois avant la date d'échéance principale de votre adhésion. Au troisième refus, l'indexation automatique prend fin, les garanties et les cotisations ne pourront plus évoluer pour ce motif d'indexation.

3. Révision tarifaire (ou redressement tarifaire)

Chaque année, à la date d'échéance principale de votre adhésion, **vos cotisations peuvent également évoluer en fonction d'éléments d'ordre technique (résultats techniques).**

4. Taxe – Modifications réglementaires

Vos cotisations comprennent les taxes en vigueur. Toute nouvelle taxe et/ou modification de ces taxes sera répercutée sur vos cotisations, y compris pour les adhésions en cours.

La date d'effet de cette évolution est en fonction de ce que prévoit la réglementation.

III. Le versement des cotisations d'assurance

Vous vous engagez à verser les cotisations correspondant aux garanties que vous avez choisies et que nous avons acceptées.

1. Paiement des cotisations

Vous devez vous acquitter des cotisations aux périodes convenues et selon les modalités fixées ci-après.

La cotisation est exigible annuellement et payable par avance auprès de nous à la date d'échéance indiquée dans le Bulletin d'adhésion.

Toutefois, son paiement peut être fractionné : semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, en fonction de votre choix. Le montant fractionné de votre cotisation figure alors sur votre Bulletin d'adhésion.



2. Non-paiement des cotisations d'assurance

Si vous ne payez pas votre cotisation ou une fraction de cette cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, nous vous adressons une lettre recommandée de mise en demeure et vous invitons à nous régler la totalité du montant dû.

Si vous ne payez pas dans les 30 jours suivant l'envoi de cette lettre recommandée, vos garanties sont alors suspendues.

Votre adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours, si vous ne payez toujours pas (article L113-3 du Code des assurances).



Les modifications de votre adhésion

I. La modification des garanties

À tout moment, vous avez la possibilité de demander la modification des garanties de votre adhésion ; il suffit de nous fournir les pièces nécessaires à sa prise en compte, comme indiqué au chapitre « Les conditions d'adhésion », paragraphe IV. Cela vous permet en particulier d'adapter le montant de vos garanties afin qu'elles correspondent au préjudice que vous subiriez en cas de sinistre.

Vos nouvelles garanties prendront effet sous réserve d'une acceptation technique et/ou médicale et à la date de la prochaine cotisation à émettre.

Selon la modification demandée, le montant de vos cotisations d'assurance peut être revu à la hausse comme à la baisse.

II. La modification de votre situation ou de celle de l'assuré

En cours d'adhésion, vous et l'assuré vous engagez à nous signaler par lettre recommandée avec avis de réception toute circonstance nouvelle, dans les 30 jours qui suivent sa survenance, qui pourrait entraîner une modification du risque (ou de son appréciation) que nous couvrons.

Les circonstances nouvelles pour l'assuré sont les suivantes :

- fumer, même occasionnellement, si l'assuré avait déclaré être non-fumeur à l'adhésion ;
- changer de profession ou de statut professionnel ;
- quitter l'entreprise adhérente ou ne plus avoir de fonction de Personne Clé ;
- cesser son activité ou faire valoir ses droits à la retraite, même partiellement, si tel n'était pas le cas à l'adhésion ;
- reprendre son activité professionnelle après un arrêt de travail, même de manière partielle ;
- souscrire ou adhérer à d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité ou d'invalidité ;
- faire un séjour à l'étranger de plus de 90 jours ;
- changer de domicile. **Si ce changement de domicile est un départ définitif de l'assuré à l'étranger, votre adhésion prend fin.**

Les circonstances nouvelles pour vous, dans le cadre d'une bonne gestion de votre adhésion au contrat, sont les suivantes :

- changer d'adresse d'entreprise,
- changer de coordonnées bancaires.

Si l'absence ou le retard de déclaration nous cause un préjudice, nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations prévues (article L113-2 du Code des assurances).

Nous tiendrons compte de ce changement à l'échéance de cotisation qui suit la réception de votre lettre recommandée.

En cas d'aggravation du risque couvert, nous pourrions :

- soit accepter cette modification à de nouvelles conditions, si vous acceptez le nouveau tarif ;
- soit exclure la nouvelle situation constituant l'aggravation du risque ;
- soit résilier votre adhésion.

En cas de diminution du risque, nous vous proposerons une diminution de cotisation.



Les informations générales

I. Votre interlocuteur si vous avez besoin d'informations

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat notamment à l'adhésion ou en cas de sinistre, il vous suffit de vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes.

II. La protection de vos données personnelles

1. Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

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

Gérer votre adhésion au contrat et respecter nos obligations légales

En toute logique, vos données personnelles sont indispensables lorsque nous concluons ensemble une adhésion au Contrat et que nous la gérons pour sa bonne exécution. Elles nous servent à vous identifier, à évaluer le risque assuré, à déterminer vos préjudices et indemnités, à contrôler la sinistralité et lutter contre la fraude. Elles sont également nécessaires à l'association souscriptrice, l'ANCRE, pour la gestion de votre adhésion à cette dernière.

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

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

Mieux vous connaître... et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation...

Avec votre accord exprès, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Si vous adhérez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au présent chapitre, paragraphe II.8.

2. Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

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

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des dispositions spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces dispositions, écrivez-nous à l'adresse indiquée au présent chapitre, paragraphe II.8.

3. Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

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

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans après le dernier contact entre vous et votre intermédiaire ;
- médicales : 5 ans. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect de la confidentialité médicale.

Vous êtes client

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



4. Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

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

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

5. Données personnelles : quels sont vos droits ?

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

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

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

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site www.allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au présent chapitre, paragraphe II.6.

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

6. Qui est en charge de vos données ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 681 879 255 €
340 234 962 RCS Nanterre

1 cours Michelet
CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

Protexia France, pour les risques qu'elle couvre :

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 1 895 248 €
382 276 624 RCS Nanterre

1 cours Michelet
CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

Le cas d'échéant, votre **courtier** pour vos informations en tant que client.

ANCRE, pour la gestion des adhésions à l'association et les activités en lien avec l'objet de l'association :

ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

27, boulevard des Italiens
75002 Paris
www.ancre-vie.com

7. Comment exercer vos droits ?

Pour exercer vos droits (voir au présent chapitre, paragraphe II.5.), vous pouvez nous solliciter directement ou écrire à notre Délégué à la Protection des Données Personnelles (DPO) ou, le cas échéant, de votre courtier. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au présent chapitre, paragraphe II.8.

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



8. Vos contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, voici la marche à suivre.

- **Si votre adhésion a été effectuée auprès d'un agent général, d'un conseiller Allianz Expertise et Conseil ou d'un Point Service Allianz**, il vous suffit de nous écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr ;

- par courrier à l'adresse :

Allianz

Informatique et libertés

Case courrier S1805

1 cours Michelet

CS 30051

92076 Paris La Défense Cedex.

- **Si votre adhésion a été effectuée auprès d'un courtier, écrivez directement à votre courtier.**

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

III. Votre droit d'opposition au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est-à-dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle.

IV. Les relations clients et la médiation

Votre réclamation doit nous être adressée par écrit (courrier postal ou courriel) à moins que la réclamation que vous avez formulée par oral ou via une messagerie instantanée n'ait été résolue entièrement et immédiatement.

En cas de difficultés, nous vous invitons à consulter d'abord votre interlocuteur commercial habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit,

- d'effectuer votre réclamation directement sur le site www.allianz.fr ;
- ou d'adresser un courrier à Allianz Relations Clients - Case Courrier S1803 - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Nous accusons réception de votre réclamation écrite dans les 10 jours ouvrables à compter de son envoi et nous vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de 2 mois.

Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

- par voie électronique : www.mediation-assurance.org ;
- par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de votre première réclamation écrite auprès de nos services.

Vous avez toujours la possibilité d'intenter toute action en justice.

V. Les conditions de prescription

Aucune action ni réclamation concernant le Contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps.

Les dispositions du Code des assurances relatives à la prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions citées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr.

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. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L125-1, sont prescrites par cinq 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 du Code des assurances

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

Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle de ces dispositions, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr.

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.



VI. La subrogation

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues à l'adhésion.

VII. La participation aux bénéfices techniques et financiers

Nous ne versons aucune participation au titre des bénéfices techniques et financiers.

VIII. La lutte contre le blanchiment

Les contrôles que nous sommes légalement tenus d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent nous conduire à tout moment à vous demander des explications ou des justificatifs, y compris sur l'acquisition des biens assurés.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Code monétaire et financier, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données vous concernant en adressant un courrier à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

IX. La solvabilité et la situation financière de l'assureur

Les entreprises d'assurance publient annuellement un rapport sur leur solvabilité et leur situation financière (article L355-5 du Code des assurances). En cas d'événement majeur affectant significativement la pertinence des informations contenues dans ce rapport, les entreprises d'assurance publient les informations relatives à la nature et aux effets de cet événement.

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière de l'assureur est accessible sur le site internet www.allianz.fr.

X. L'autorité de contrôle et les règles régissant le Contrat

Allianz et l'association souscriptrice ANCRE sont contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Le Contrat est régi par la loi française. Il relève des branches 1 et 2 (pour la couverture des risques accident et/ou maladie) et 20 (pour la couverture du risque décès) de l'article R321-1 du Code des assurances.

XI. Les sanctions internationales

1. Définition

Nous entendons par « mesures de sanctions internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un État ou une Organisation internationale/supranationale, tels que la France, l'Union européenne, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, ou l'Organisation des Nations unies (ONU), à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes physiques, de personnes morales ou d'entités de droit public ou de droit privé, que ces personnes ou entités résident dans l'État qui a pris la mesure ou dans un autre État.

Ces mesures peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces mesures sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des États et des Organisations précitées.

Ces mesures peuvent interdire à Allianz d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

2. Conséquences des mesures de sanctions internationales sur Allianz

Dans l'exercice de ses activités, Allianz est soumise de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France et par l'Union européenne, notamment dans le domaine des mesures de sanctions internationales.

Par ailleurs, le non-respect par Allianz d'autres mesures de sanctions internationales peut également exposer cette dernière, ses employés ou les sociétés du groupe auquel elle appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, Allianz doit également veiller à la conformité de ses activités



avec ces autres mesures de sanctions internationales, dont celles édictées par les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, ainsi que par l'ONU.

3. Effets des mesures de sanctions internationales sur l'exécution du contrat

L'existence des mesures de sanctions internationales entraîne les effets suivants sur l'exécution du contrat.

– **Suspension de l'obligation de couverture d'un risque**

L'exécution de l'obligation d'Allianz de couvrir un risque en application du présent contrat d'assurance est suspendue, de plein droit et sans formalité, dans la mesure où elle contreviendrait à une ou plusieurs mesures de sanctions internationales.

Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites mesures cessent d'affecter l'obligation d'Allianz. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension mentionnée ci-dessus ne pourra donner lieu à garantie.

– **Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation**

L'exécution de l'obligation d'Allianz de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat d'assurance est suspendue, de plein droit et sans formalité, dans la mesure où elle contreviendrait à une ou plusieurs mesures de sanctions internationales.

Cette suspension s'applique à toute obligation de paiement d'une somme d'argent ou de fournir une prestation, notamment dans le cadre d'un sinistre ou dans le cadre d'un remboursement total ou partiel de prime.

L'exigibilité du paiement de la somme d'argent contractuellement due par Allianz est reportée, sauf prescription, jusqu'au jour où lesdites mesures de sanctions internationales cessent d'affecter l'obligation d'Allianz.

Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

XII. L'identifiant unique (IDU) ADEME

Notre IDU est le suivant : FR232391_01NRUL.



Barème spécifique d'invalidité

Le tableau suivant décrit le barème spécifique d'invalidité pour lequel vous pouvez opter lors des formalités d'adhésion au contrat. Il vous indique les taux d'invalidité fonctionnels en fonction du sinistre, comme décrit dans le chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition », paragraphe V.

Invalidité totale		
	– Aliénation mentale totale incurable	100 %
	– Cécité complète	100 %
	– Surdité totale des deux oreilles	100 %
	– Hémiplégie organique complète et définitive	100 %
	– Désarticulation ou ankylose de l'épaule	100 %
	– Désarticulation, perte, ankylose complète du coude droit en position défavorable	100 %
	– Paralyse totale d'un membre supérieur	100 %
	– Paralyse complète du plexus brachial, du médian au bras, du radial au-dessus et au-dessous du triceps	100 %
	– Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet, de la main	100 %
	– Perte de la mâchoire inférieure	100 %
	– Perte de l'usage de la main	100 %
	– Amputation du pouce	100 %
	– Amputation de l'index	100 %
	– Perte des deux membres inférieurs (au-dessus de la cheville)	100 %
	– Perte complète de l'usage des deux jambes	100 %
	– Perte complète de l'usage des deux pieds	100 %
	– Perte complète de l'usage d'une jambe et d'un pied	100 %
	– Désarticulation ou ankylose de la hanche en position défavorable	100 %
	– Amputation de la jambe au 1/3 moyen	100 %
	– Amputation de la cuisse	100 %
	– Tétraplégie	100 %
	– Fracture grave avec paralyse complète des membres inférieurs et troubles sphinctériens (paraplégie)	100 %
Invalidités Permanentes Partielles � Totales		
Tête	– Troubles graves de l'équilibre démontrés	de 30 à 100 %
	– Fracture du crâne avec conséquences fonctionnelles	de 15 à 100 %
Yeux et oreilles	– Perte totale d'un oeil	80 %
	– Diminution de l'acuité visuelle d'un oeil démontrée et non corrigible	de 10 à 80 %
	– Surdité totale unilatérale	60 %
	– Hypoacousie unilatérale démontrée	de 5 à 60 %
Mâchoires et dents	– Fracture d'un maxillaire supérieure vicieusement consolidée avec mauvais articulé dentaire	de 15 à 60 %
	– Fracture d'un maxillaire inférieur vicieusement consolidée avec trouble de l'articulé dentaire et selon la possibilité de prothèse	de 20 à 80 %
	– Amputation de la langue, suivant le degré de la parole, de la mastication, de la déglutition	de 20 à 100 %
Nez	– Fracture des os propres ou de la cloison	de 3 à 8 %
	– Anosmie incurable (perte totale de l'odorat et du goût)	25 %
Tronc : Colonne vertébrale	– Traumatisme vertébral avec fracture d'une apophyse et/ou lumbago chronique	20 %
	– Fracture d'un corps vertébral et selon les séquelles surtout neurologiques	de 20 à 100 %
Thorax	– Fractures de plusieurs côtes avec séquelles pleuropulmonaires objectives	de 15 à 60 %
Bassin	– Fracture et selon les séquelles (troubles statiques, moteurs et urinaires)	de 15 à 75 %



Membres supérieurs	– Limitation des mouvements de l'épaule (raideurs)	de 15 à 100 %	
	– Ankylose du coude en position favorable	80 %	
	– Ankylose radio-cubale, main fixée en supination	90 %	
	– Ankylose radio-cubale, main fixée en pronation	80 %	
	– Ankylose radio-cubale, main fixée en position intermédiaire	60 %	
	– Ankylose du poignet (doigts libres)	60 %	
	– Fracture du bras, du coude, de l'avant-bras avec séquelles (raideurs, atrophie)	de 15 à 90 %	
	– Paralysie complète du circonflexe	80 %	
	– Paralysie complète du cubital au coude	85 %	
	– Paralysie complète du cubital au poignet	65 %	
	– Ankylose du poignet avec ankylose des doigts	100 %	
Mains		Main dominante	Autre main
	– Paralysie totale du nerf médian du poignet	40 %	30 %
	– Amputation du médius	80 %	50 %
	– Amputation de l'annulaire	40 %	20 %
	– Amputation de l'auriculaire	20 %	10 %
	– Amputation de la phalange terminale du pouce	100 %	40 %
	– Amputation de la phalange terminale de l'index	50 %	30 %
	– Amputation de la phalange terminale du médius	30 %	15 %
	– Amputation de la phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire	10 %	5 %
Membres inférieurs	– Désarticulation du genou	85 %	
	– Désarticulation tibiotarsienne	65 %	
	– Amputation du pied (Pirogoff-Ricard)	60 %	
	– Amputation du pied (Chopart-Lisfranc)	50 %	
	– Amputation des cinq orteils	40 %	
	– Amputation du gros orteil	20 %	
	– Amputation d'un des quatre autres orteils	4 %	
	– Ankylose de la hanche (position favorable)	70 %	
	– Fracture de la cuisse selon les séquelles (raideurs, atrophie)	de 30 à 85 %	
	– Ankylose du genou (position défavorable)	de 45 à 65 %	
	– Fracture de la rotule, selon les séquelles (raideurs, atrophie)	de 15 à 50 %	
	– Fracture des deux os de la jambe, selon les séquelles (raideurs, atrophie)	de 20 à 70 %	
	– Raccourcissement du membre inférieur de 2 à 10 cm	de 15 à 45 %	
	– Coup de pied : raideur à ankylose	de 10 à 45 %	
	– Paralysie complète du tronc du nerf sciatique	65 %	
	– Paralysie du nerf crural	55 %	
	– Paralysie du nerf sciatique poplité externe (SPC)	40 %	
	– Paralysie du nerf sciatique poplité interne (SPI)	30 %	
	– Paralysie du nerf tibial postérieur	25 %	
Divers	– Splénectomie suivant l'examen de sang	de 20 à 40 %	
	– Néphrectomie selon l'azotémie	de 10 à 80 %	



Lexique

Ce lexique porte sur l'ensemble des textes figurant dans le document ci-avant. Il n'a pas vocation à s'appliquer aux documents « Protection juridique » et « Convention d'assistance » placés à la suite de cette Notice d'information. Ces derniers disposent en effet de définitions dédiées.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure à la victime.

Est notamment considéré comme accident, l'accident de la circulation correspondant à un événement soudain, imprévu et extérieur provoqué par tous moyens de transport (public ou privé) routiers, ferroviaires, suspendus, maritimes, fluviaux, aériens, sur une voie publique ou privée. Ledit événement peut également être causé par un animal ou un piéton.

En tant que victime de l'accident de la circulation, l'assuré peut être soit non-usager des moyens de transport et heurté, soit usager, conducteur, pilote ou passager des moyens de transport.

Toutefois, ne sont pas considérées comme un accident :

- les lésions organiques qui peuvent se révéler avec soudaineté mais dont l'origine est interne, telles que, par exemple, les hernies, éviscérations, ruptures musculaires (autres que tendineuses), lombagos, hernies discales, sciatiques, hémorragies cérébrales, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, ruptures d'anévrisme, crises d'épilepsie ;
- les affections non organiques, c'est-à-dire les affections ne se traduisant pas par des signes objectifs révélés par examen clinique ou par des examens complémentaires qui aboutissent à les classer dans la catégorie des maladies caractérisées (par exemple, les chocs émotifs et les états dépressifs, même consécutifs à un accident) ;
- les lésions provoquées par l'usure d'un ou plusieurs organes due à la répétition d'actes habituels, en particulier d'actes professionnels ou sportifs (par exemple, acouphènes, algies lombaires, traumatismes d'effort, fractures de fatigue, arthrose) ;
- les conséquences d'un acte médical ou chirurgical.

Vous ou l'assuré devez apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès, l'invalidité ou l'arrêt de travail.

Aucune autre définition de l'accident et/ou décision prise par tout organisme quant à l'événement dont vous ou l'assuré sollicitez la prise en charge au titre d'un accident ne saurait nous être opposable.

Acte authentique

Écrit établi par un officier public, notamment par un notaire.

Acte sous seing privé

Acte écrit rédigé par un particulier et comportant la signature manuscrite des parties.

Adhérent

L'entreprise, personne morale, membre de l'association ANCRE, ayant signé la demande d'adhésion au Contrat Allianz Prévoyance Personne Clé.

ANCRE

ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE (ANCRE). Association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 dont les statuts sont disponibles sur le site www.ancre-vie.com. L'ANCRE est le souscripteur du présent Contrat auprès d'Allianz et représente ses membres dans les relations avec Allianz Vie.

Assuré

Personne physique, sur laquelle reposent les garanties choisies dans le Contrat Allianz Prévoyance Personne Clé en sa qualité de Personne clé au sein de l'entreprise adhérente. Elle répond aux conditions d'admission à l'assurance.

Avenant

Document mentionnant les modifications qui ont été apportées à l'adhésion initiale.

Bénéficiaire

Entreprise adhérente qui perçoit les prestations en cas de mise en jeu d'une garantie.



Bulletin d'adhésion

Document, adressé à l'entreprise adhérente, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'adhérent sur la demande d'adhésion. Ce document complète et personnalise les conditions générales définies dans la Notice d'information remise à l'entreprise adhérente, dont elle a pris connaissance avant sa demande d'adhésion au Contrat. Il peut, le cas échéant, mentionner des conditions spéciales d'acceptation d'adhésion portant notamment sur l'exclusion de certains risques liés à l'état de santé de l'assuré, ajournement, exclusions de garanties, surprime ou application d'un risque aggravé et requérant l'accord écrit de l'entreprise adhérente sur ces conditions particulières émises par l'assureur dans le Bulletin d'adhésion. Le cas échéant, le document que l'assuré a validé et signé si sa situation demande l'acceptation d'exclusions médicales et le document que vous avez validé et signé si la situation de l'assuré demande l'acceptation de majorations tarifaires viennent compléter le Bulletin d'adhésion.

Centre de Solutions Client

Allianz - Centre de Solutions Client Vie - TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex.

Conseiller

Interlocuteur habituel d'Allianz France.

Consolidation

Moment où l'état de santé de l'assuré, après un accident ou une maladie, se stabilise définitivement tel qu'un traitement, compte tenu des connaissances scientifiques et médicales, n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation.

Cotisations d'assurance

Sommes versées par l'adhérent à l'assureur en contrepartie des garanties accordées. L'assuré n'est couvert que dans la mesure où ces cotisations sont réglées.

Date d'effet des garanties

Date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu (hors effet de délai de carence).

Déclaration de sinistre Incapacité - Invalidité

Imprimé que l'assuré doit compléter et faire remplir par son médecin traitant au terme de l'examen médical. La déclaration de sinistre doit préciser avec exactitude les circonstances d'un sinistre : la nature, l'origine et la date de l'accident ou du début de la maladie, la durée estimée de l'incapacité totale temporaire, la constatation d'une invalidité définitive après stabilisation, etc.

Délai d'attente (ou délai de carence)

Période démarrant à la date d'effet de chaque garantie pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de sinistre. Seules sont concernées par un délai d'attente les garanties qui l'évoquent explicitement dans la présente Notice d'information.

Échéance principale

Date anniversaire qui correspond à la date de renouvellement de l'adhésion.

Fonctionnel

Qui concerne les capacités physiques, intellectuelles ou sensorielles à effectuer tel ou tel acte élémentaire de la vie courante (se déplacer, se laver, se vêtir...).

Franchise

Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel une indemnisation est possible.

Fumeur

Personne qui a fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 derniers mois précédant la date de signature de son adhésion.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement relevant de la loi hospitalière tel qu'identifié dans le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) et comportant au moins deux nuits.

Incapacité temporaire totale

État dans lequel l'assuré ne peut plus temporairement exercer son activité professionnelle, même partiellement, ni sur son lieu de travail, ni à son domicile.



Information aux adhérents

Document mentionnant les modifications qui ont été apportées au Contrat.

Maladie

Altération de la santé qui provoque des troubles diagnostiqués par tout moyen d'investigation médicale (examen clinique ou radiologique, analyses...).

Mi-temps thérapeutique

Reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique à la suite d'une incapacité ou d'une invalidité par maladie ou accident. La fixation de la durée du travail dans le cadre d'une reprise pour motif thérapeutique est déterminée conjointement entre le salarié et son employeur, sans être obligatoirement égale à 50 %.

Mutilation

Altérations intentionnelles de l'intégrité physique.

Non-fumeur

Personne n'ayant pas fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 derniers mois. Cette personne doit satisfaire à l'examen de cotinurie dans le cadre des examens médicaux que nous pouvons demander.

Personne Clé

Toute personne jouant un rôle déterminant dans le fonctionnement de l'entreprise adhérente, assurée nommément sur l'adhésion au contrat.

Prime

Cotisation d'assurance.

Prolongation

Il y a prolongation et donc poursuite de la période d'incapacité temporaire totale si la reprise effective et totale de travail n'a pas eu lieu, notamment en cas de succession de causes différentes d'incapacité temporaire totale.

Questionnaire de santé

Questionnaire que l'assuré remplit, signe et qui l'engage. Il sert au service médical de l'assureur à évaluer le risque qu'il prend à assurer une personne. Le questionnaire de santé peut être :

- simplifié : sous forme d'une liste de questions à laquelle l'assuré apporte une seule réponse globale en fin de liste ;
- classique, en version papier ;
- ou interactif et remplissable en ligne via un accès sécurisé.

Après étude du questionnaire de santé, l'assureur peut, soit accepter d'assurer la personne au tarif normal, soit accepter de l'assurer avec des surprimes ou des conditions particulières de garantie, soit refuser de l'assurer. Avant de se prononcer, l'assureur peut aussi demander des documents ou des examens médicaux complémentaires.

Rechute

Il y a rechute et donc poursuite de la période d'incapacité temporaire totale si la reprise effective et totale de travail a été inférieure à deux mois et si la cause de la nouvelle période d'Incapacité Temporaire Totale de travail est identique à celle de la précédente.

Risque

Événement que couvre chacune des garanties souscrites c'est-à-dire : le décès de l'assuré et/ou son invalidité et/ou son incapacité.

Sinistre

Réalisation d'un événement couvert au titre de l'adhésion au Contrat Allianz Prévoyance Personne Clé et susceptible d'entraîner la mise en jeu de la garantie de l'assureur pour une adhésion en vigueur.

Sport à titre amateur

Activité exercée à titre non professionnel et impliquant la détention d'une licence ou l'inscription à un club, et plus généralement toute activité pratiquée régulièrement de façon non exceptionnelle.





PROTECTION JURIDIQUE

Allianz Prévoyance Personne Clé



Sommaire

Pour nous contacter	2
Protection juridique	3
I. Définitions	3
II. Vos garanties	4
III. Les modalités d'application de vos garanties	5
IV. L'étendue géographique et temporelle de vos garanties	6
V. Les modalités de prise en charge de vos garanties	6
VI. Les conditions de prescription	7
VII. La subrogation	9
VIII. Que faire en cas de désaccord entre vous et nous ?	9
IX. Que faire en cas de conflit d'intérêts ?	9
X. L'examen de vos réclamations	9
XI. L'identifiant unique (IDU) ADEME	9



Pour nous contacter

Une question, une demande ?

Pour accéder à vos services

Informations juridiques et base documentaire	www.allianz.fr/infopi
----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Pour déclarer votre litige

Sur internet	www.allianz.fr/infopi
Par courrier	Allianz Protection Juridique Centre de Solution Client TSA 63301 92087 Paris La Défense Cedex

Pour suivre votre dossier

Sur internet	www.allianz.fr/infopi
Par téléphone	0978 978 075 (appel non surtaxé) choix 3 du lundi au vendredi de 9h30 à 17h30.



Protection juridique

I. Définitions

Action opportune

Désigne la situation dans laquelle vos prétentions, tant en défense qu'en recours, reposent sur une base légale et/ou des éléments attestant de la réalité de votre préjudice.

Assuré

Désigne la personne physique ayant souscrit une garantie Décès toutes causes lors de son adhésion au Contrat Allianz Prévoyance Personne Clé.

Bénéficiaire

Désigne le conjoint non séparé de corps, à défaut ses enfants nés ou à naître par égales parts entre eux, la part d'un prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants les survivants desdits enfants, à défaut les héritiers ou toute personne nommément choisie par l'assuré.

Code

Désigne le Code des assurances.

Dépens

Désigne les frais de justice engendrés par le procès, dont le montant fait l'objet d'une tarification, soit par voie réglementaire, soit par décision judiciaire. Ils sont distincts des honoraires de l'avocat.

Indemnités des articles 700 du Code de procédure civile et ses équivalents

Ce sont des indemnités prévues par des textes de loi autorisant une juridiction à condamner la partie tenue aux dépens ou à défaut la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre de frais exposés (principalement les honoraires d'avocat) et non compris dans les dépens.

Litige

Désigne toute réclamation ou désaccord qui vous oppose à un tiers, dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, ou toute poursuite engagée à votre rencontre ou que vous souhaiteriez engager à l'encontre d'un tiers.

Nous

Désigne l'assureur :

Protexia France, exerçant sous la dénomination commerciale Allianz Protection Juridique - Entreprise régie par le Code des assurances - Société Anonyme au capital de 1 895 248 €.

Siège social : Tour Allianz One - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex – 382 276 624 RCS Nanterre

Tél. : 0978 978 075 (appel non surtaxé).

L'assureur est contrôlé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Prescription

Désigne la période au-delà de laquelle votre demande d'intervention auprès de nous n'est plus recevable (articles L114-1, L114-2 et L114-3 du Code).

Tiers

Désigne toute autre personne que vous, le bénéficiaire et nous.

Vous

Désigne toutes les personnes qui répondent à la définition du bénéficiaire en cas de décès du contrat Allianz Prévoyance Personne Clé.



II. Vos garanties

1. Nos prestations

Nous intervenons pour tout litige à la suite du décès de l'assuré entrant dans le champ de la garantie Décès toutes causes du présent Contrat, **sous réserve des exclusions et limitations de garantie** :

- nous vous informons sur vos droits et obligations et sur les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts ;
- nous vous conseillons sur la conduite à tenir et effectuons, le cas échéant et avec votre accord, les démarches amiables nécessaires ;
- si l'assistance d'un avocat (ou toute personne qualifiée par la législation en vigueur) est nécessaire, vous avez la liberté de le choisir (y compris en cas de conflits d'intérêt). Si vous le souhaitez, nous pouvons vous mettre en relation avec un avocat que nous connaissons, sur demande écrite de votre part. De même, lorsque la partie adverse est représentée par un avocat en phase amiable, vous avez la possibilité d'être assisté par l'avocat de votre choix ;
- si vous êtes éligible à l'aide juridictionnelle, vous devez dans tous les cas interroger d'abord votre assureur de Protection juridique avant de solliciter le bureau d'aide juridictionnelle. En application du principe de subsidiarité, l'aide juridictionnelle n'interviendra qu'à défaut de la garantie de l'assurance de Protection juridique.

En cas de contentieux, vous avez la direction du procès, et pouvez être conseillé par votre avocat. Durant cette procédure, nous restons à votre disposition et à celle de votre avocat pour vous apporter l'assistance dont vous auriez besoin.

Information juridique, en prévention de tout litige

En complément de votre garantie de Protection juridique, nous vous mettons en relation avec des juristes confirmés afin d'obtenir une information juridique relative aux domaines du droit couverts par votre contrat Protection juridique. Ces informations sont fournies oralement et en l'absence de tout litige.

Pour en savoir plus, connectez-vous au portail de services en ligne <https://mesdemarches.allianz.fr/infopj>.

2. Les garanties de Protection juridique

Nous intervenons exclusivement, lorsque l'action est opportune, sous réserve des exclusions et limitations de garanties, pour les litiges vous opposant :

- aux organismes sociaux ;
- aux organismes de retraites complémentaires ;
- à l'Administration fiscale (URSSAF...) ;
- aux établissements bancaires et financiers ;
- au propriétaire du bien utilisé dans le cadre de l'activité professionnelle déclarée ;
- au notaire ;
- aux sociétés de pompes funèbres ;
- aux sociétés d'assurances.

3. Exclusions

Nous ne garantissons pas les litiges :

- **mettant en cause votre responsabilité civile lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ou devrait l'être en vertu des dispositions législatives ou réglementaires ;**
- **pris en charge par vos garanties Défense pénale et recours à la suite d'un accident ;**
- **résultant d'une poursuite pour crime ou délit intentionnel au sens de l'article 121-3 du Code Pénal, hormis le cas de légitime défense. Dans l'hypothèse où la décision de justice, devenue définitive, écarterait le dol ou le caractère intentionnel de l'infraction (non-lieu, requalification, acquittement, relaxe...), nous rembourserons les frais et honoraires d'avocat engagés, dans la limite des barèmes définis au présent contrat ;**
- **résultant de votre participation à une activité politique ou syndicale et à des conflits collectifs du travail ;**
- **résultant d'événements naturels catastrophiques ayant fait l'objet d'un arrêté préfectoral ou ministériel ;**
- **concernant le droit de la propriété intellectuelle ou industrielle en matière de protection des droits d'auteur, dessins, modèles, logiciels, progiciels, marques, brevets, certificats d'utilité, noms, AOC, dénominations sociales ;**
- **relatifs au droit des personnes (livre 1 du Code civil), aux régimes matrimoniaux et aux successions ;**



- nés d'engagement de caution ;
- relatifs à l'acquisition, la détention, la cession de parts sociales ou de valeurs mobilières ;
- concernant l'application des statuts de la société (lorsque le contractant est une personne morale) ainsi que les conventions passées entre associés ;
- ayant trait à une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire ;
- relatifs à la conception, l'adaptation et l'exploitation de logiciels et progiciels informatiques ;
- de nature douanière ;
- résultant d'infractions au Code de la route, aux accidents de la circulation et aux infractions à la réglementation sociale des transports ;
- inhérents à la propriété, la garde ou la jouissance d'immeubles utilisés à d'autres fins que l'activité professionnelle déclarée ;
- relatifs aux recouvrements de créances.

III. Les modalités d'application de vos garanties

1. Délai d'attente

Néant.

2. Ce que vous devez faire

Afin que nous puissions faire valoir vos droits au mieux, vous devez :

- nous déclarer votre litige par écrit, dès que vous en avez connaissance. Cette déclaration doit préciser la nature et les circonstances du litige ;
- nous transmettre, en même temps que la déclaration du litige, tous les documents et renseignements liés au litige y compris les justificatifs attestant de la réalité de votre préjudice ;
- nous adresser, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations et pièces de procédure qui vous seraient adressés, remis ou signifiés.

Pour déclarer votre litige, il convient de nous transmettre la déclaration de litige de Protection Juridique :

- soit à l'adresse postale suivante : Allianz Protection Juridique - Centre de solution client - TSA 63301 - 92087 Paris La Défense Cedex ;
- soit via votre portail de services digitaux www.allianz.fr/infopj.

3. Ce que vous ne devez pas faire

Vous devez vous abstenir de confier la défense de vos intérêts à un avocat ou à une personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur ainsi que d'engager une procédure judiciaire ou une nouvelle étape de celle-ci, sans nous en avoir préalablement informés.

Cependant, si le litige nécessite des mesures conservatoires urgentes, vous pouvez les prendre, à charge pour vous de nous avertir dans les meilleurs délais.

Vous ne devez accepter de la partie adverse aucune indemnité qui vous serait offerte directement sans nous en avoir préalablement informés.

Important

Vous perdrez tout droit à indemnité si, volontairement, vous faites de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, circonstances ou conséquences du sinistre ou sur l'existence d'autres assurances pouvant garantir le sinistre.

Il en sera de même si vous employez sciemment des documents inexacts comme justificatifs ou usez de moyens frauduleux.

C'est à nous d'apporter la preuve de la fausse déclaration, de l'utilisation de documents inexacts comme justificatifs ou moyens frauduleux.

Si des indemnités ont déjà été payées elles doivent nous être remboursées.

Dans tous les autres cas où vous ne respectez pas les formalités énoncées ci-avant (sauf cas fortuit ou de force majeure) et si nous prouvons que ce non-respect nous a causé un préjudice, nous pouvons vous réclamer une indemnité proportionnelle à ce préjudice.



IV. L'étendue géographique et temporelle de vos garanties

1. Étendue géographique de vos garanties

Nos garanties vous sont acquises si votre litige relève de la compétence d'un tribunal de l'un des états suivants : France (métropole et DROM - Départements et Régions d'Outre-mer), autres états membres de l'Union européenne, Andorre, Liechtenstein, Monaco, Saint-Marin, Suisse et Vatican.

Dans les autres états et les COM (Collectivités d'Outre-Mer), notre intervention est limitée à la prise en charge du coût de la procédure judiciaire engagée par vous ou contre vous, à concurrence de 1 600 € TTC.

2. Étendue dans le temps de vos garanties

Nous prenons en charge les litiges dont le fait générateur (faits, événements, situation source du litige) est postérieur à la date de prise d'effet de l'adhésion au Contrat « Allianz Prévoyance Personne Clé » et antérieur à sa date de résiliation. Le contrat de protection juridique est conclu pour la période comprise entre sa date d'effet et la prochaine échéance de l'adhésion, date à partir de laquelle il est reconduit automatiquement d'année en année, sauf résiliation par vous ou par nous.

Nous ne prenons pas en charge les litiges dont le fait générateur (faits, événements, situation source du litige) est antérieur à la date d'effet de vos garanties sauf si vous apportez la preuve que vous ne pouviez avoir connaissance de ce fait avant cette date.

V. Les modalités de prise en charge de vos garanties

1. Ce qui est pris en charge, dans la limite des montants garantis

Si les modalités d'application de vos garanties ont été respectées, nous prendrons en charge, dans la limite des montants garantis :

- en phase amiable : les frais et honoraires éventuels des auxiliaires de justice et des experts, s'ils ont été engagés avec notre accord préalable (sauf mesures conservatoires urgentes) ;
- en phase judiciaire : les frais et honoraires des auxiliaires de justice et les dépens, si les modalités d'application des garanties ont été respectées (précisées au présent chapitre).

Exclusion

Toutefois, nous ne prenons pas en charge les dépens si vous succombez à l'action et que vous êtes condamné à les rembourser à votre adversaire.

a. Frais et honoraires d'avocat

Si l'assistance d'un avocat (ou toute personne qualifiée par la législation en vigueur) est nécessaire, vous avez la liberté de son choix. Sur demande écrite de votre part, nous pouvons vous mettre en relation avec un avocat. Nous réglerons les frais et honoraires de l'avocat selon les montants TTC indiqués ci-après et ce, pour chaque assistance à mesure d'instruction ou expertise, protocole de transaction, décision de justice.

Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, etc.), la préparation du dossier et la plaidoirie éventuelle. Ils constituent la limite de notre prise en charge même si vous changez d'avocat. Si votre statut vous permet de récupérer la TVA, il vous reviendra de procéder au règlement toutes taxes comprises (TTC) des frais et honoraires réclamés et nous vous rembourserons les montants HT énoncés sur présentation d'une facture acquittée. Dans le cas contraire, nous vous réglerons les montants énoncés dans la colonne TTC.

Montant de prise en charge des frais et honoraires d'avocat par litige (en euros et TTC)	Honoraires
– Démarches amiables	350 €
– Assistance à mesure d'instruction ou d'expertise	350 €
– Commissions	350 €
– Assistance à conciliation, médiation, procédure participative	500 €
– Référé	500 €
En matière pénale	
– Mesures pénales alternatives aux poursuites (exemple : médiation pénale, transaction, arbitrage...)	650 €
– Tribunal de police	500 €
– Tribunal correctionnel	800 €
– CIVI (Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infractions)	700 €



Montant de prise en charge des frais et honoraires d'avocat par litige (en euros et TTC)	Honoraires
En matière civile et commerciale	
– Transaction, arbitrage	500 €
– Juge de l'exécution	500 €
– Tribunal judiciaire : enjeu < 10 000 € (dont Chambre de proximité et juge du contentieux de la protection)	700 €
– Tribunal judiciaire : enjeu > 10 000 € ou demande indéterminée	1 000 €
– Tribunal de commerce	1 000 €
– Tribunal administratif	1 000 €
– Autres tribunaux	800 €
– Cour d'appel	1 000 €
– Cour d'assises	1 500 €
– Cour de cassation, Conseil d'État, Juridictions européennes	1 700 €

b. Plafonds et seuil minimal d'intervention

Plafonds et seuil minimal d'intervention par litige (en euros et TTC)	Barème en euros
– Plafond de prise en charge par litige	16 000 €
– Plafond de prise en charge au titre d'une expertise judiciaire	4 800 €
– Plafond de prise en charge au titre d'une médiation	500 €
– Plafond de prise en charge de la procédure judiciaire dans les autres États et les Com, hors Union Européenne (UE et Andorre, Liechtenstein, Monaco, Saint-Marin, Suisse et Vatican)	3 250 €
– Seuil minimal d'intervention <ul style="list-style-type: none"> • En demande • En défense 	200 €

2. Ce que nous ne prenons pas en charge

Exclusions

- **Toute somme de toute nature que vous pouvez être condamné à payer : condamnation en principal, amende, dommages et intérêts, dépens (si le bénéficiaire succombe à l'action judiciaire et est condamné à les rembourser à l'adversaire), indemnités allouées en vertu de l'article 700 du Code de procédure civile et ses équivalents ;**
- **tous frais et honoraires engendrés par une initiative prise sans notre accord préalable, sauf mesure conservatoire urgente ;**
- **les droits proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier par un huissier de justice ;**
- **tout honoraire de résultat ;**
- **les frais résultant de la rédaction d'actes.**

Attention

Il vous revient de nous communiquer tous renseignements, documents et justificatifs prouvant la réalité de votre préjudice. À défaut, nous ne pourrions instruire votre dossier et prendre en charge tous frais et honoraires.

VI. Les conditions de prescription

Aucune action ni réclamation concernant le contrat ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps.

Les dispositions du Code des assurances relatives à la prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions citées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr.

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. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.



Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L114-2 du Code des assurances

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

Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle de ces dispositions, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr.

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.



VII. La subrogation

En vertu des dispositions de l'article L121-12 du Code des assurances, nous nous substituons à vous dans vos droits et actions pour le recouvrement des sommes qui vous sont allouées au titre des dépens et des indemnités versées au titre des articles 700 du Code de procédure civile, 475-1 et 375 du Code de procédure pénale, L761-1 du Code de justice administrative et 75-1 de la loi du 10 juillet 1991 (ou leurs équivalents devant des juridictions autres que françaises), à concurrence des sommes que nous avons payées et après vous avoir prioritairement désintéressés si des frais et honoraires sont restés à votre charge.

VIII. Que faire en cas de désaccord entre vous et nous ?

En vertu des dispositions de l'article L127-4 du Code des assurances, en cas de désaccord entre vous et nous au sujet des mesures à prendre pour régler le litige garanti, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge. Toutefois, le président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement si le bénéficiaire a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si vous engagez à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui vous avait été proposée par la tierce personne ou nous-même, nous vous indemniserons des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants indiqués au chapitre « Les modalités de prise en charge. »

IX. Que faire en cas de conflit d'intérêts ?

Dès que vous nous avez déclaré votre litige, vous avez la liberté de faire appel à un avocat de votre choix (ou à toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur) si vous estimez que peut survenir un conflit d'intérêts entre vous et nous (par exemple si nous sommes amenés à défendre simultanément les intérêts de la personne contre laquelle vous nous avez demandé d'exercer votre recours).

Dans cette éventualité, nous prenons en charge les frais et honoraires de votre avocat dans la limite de ce qui est prévu au chapitre « Les modalités de prise en charge ».

X. L'examen de vos réclamations

Votre réclamation doit nous être adressée par écrit (courrier postal ou courriel) à moins que la réclamation que vous avez formulée par oral ou via une messagerie instantanée n'ait été résolue entièrement et immédiatement.

En cas de difficultés, nous vous invitons à consulter d'abord votre interlocuteur commercial habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit :

- d'effectuer votre réclamation directement sur le site www.allianz.fr ;
- ou d'adresser un courriel à qualite.protection-juridique@allianz.fr ;
- ou un courrier à Allianz Protection Juridique – Centre de Solution Client – TSA 63301 - 92087 Paris La Défense Cedex.

Nous accuserons réception de votre réclamation écrite dans les 10 jours ouvrables à compter de son envoi et nous vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de 2 mois.

Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

- par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 ;
- par voie électronique : www.mediation-assurance.org.

Votre demande auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de votre première réclamation écrite auprès de nos services.

Vous avez toujours la possibilité d'intenter toute action en justice.

XI. L'identifiant unique (IDU) ADEME

Notre IDU est le suivant : FR232391_01NRUL.





CONVENTION D'ASSISTANCE

Allianz Prévoyance Personne Clé



Sommaire

Convention d'Assistance	2
I. Dispositions générales	2
II. Conditions d'exécution des prestations	2
III. Les prestations	3
IV. Responsabilité	9
V. Conditions d'application	9
VI. Exclusions	10
VII. Modalités d'examen des réclamations	11
VIII. Compétence juridictionnelle	11
IX. Protection des données à caractère personnel	11
X. Prescription	11
XI. Autorité de contrôle	13
XII. Loi applicable - langue utilisée	13
Lexique	14
Déclaration de confidentialité	15



Convention d'Assistance

Pour nous contacter

Pour une demande d'assistance accessible 24h/24 et 7j/7

	Depuis la France	Depuis l'étranger
Par téléphone (les services sont mis en œuvre sur le fuseau horaire France métropolitaine)	01 40 25 51 58 (appel non surtaxé)	00 33 1 40 25 51 58
Accès sourds et malentendants	https://accessibilite.votreassistance.fr (24h/24 et 7j/7 sauf mention contraire dans la convention ci-après)	

À l'occasion de votre contact, merci de nous indiquer :

- le nom (Assistance Allianz Personne Clé) et le n° du contrat souscrit (921548) ;
- le numéro de l'adhésion au Contrat Allianz Prévoyance Personne Clé associée à cette convention ;
- les noms et prénoms du bénéficiaire, la personne physique assurée au titre du contrat Allianz Prévoyance Personne Clé ;
- l'adresse exacte du bénéficiaire ;
- le numéro de téléphone auquel le bénéficiaire peut être joint.

Un numéro de dossier d'assistance, à rappeler lors de toute relation avec Allianz Assistance, sera communiqué au bénéficiaire.

I. Dispositions générales

Les prestations de la Convention d'assistance sont souscrites par Allianz Vie auprès de Fragonard Assurances (Société Anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen), ci-après désignée sous le nom commercial « Allianz Assistance ».

Allianz Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

II. Conditions d'exécution des prestations

Attention

Les prestations qui n'ont pas été demandées préalablement et n'ont pas été organisées par Allianz Assistance ne donnent pas droit à remboursement ni indemnité compensatoire.

1. Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente Convention est ouvert uniquement dans le territoire où est situé le domicile du bénéficiaire.

2. Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité de l'adhésion au Contrat Allianz Prévoyance Personne Clé et de l'accord liant Allianz Vie et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.



III. Les prestations

1. Informations juridiques

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 (horaire de France métropolitaine) hors jours fériés, pendant toute la durée du Contrat, Allianz Assistance communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines suivants :

a. La consommation

- la vente (les contrats, les garanties, les recours...);
- les finances (conséquences financières d'une caution, les crédits...);
- les associations ;
- l'assurance habitation, automobile, scolaire ;
- la banque (opposition et rejet bancaire, le découvert, les dates de valeur...).

b. La fiscalité

- les impôts (remplir sa déclaration, les déductions, les abattements, les réductions...);
- les taxes diverses (habitations foncières, redevances, enlèvement des ordures ménagères...);
- les plus-values (comment bénéficier des avantages fiscaux ?);
- contrôle et redressement (les délais pour faire appel, la taxation d'office, la communication des comptes bancaires...).

c. L'emploi

- la protection des droits (contrat de travail, trente-cinq heures, conventions collectives, accord d'entreprises...);
- relations employeur (rupture du contrat de travail, comment se faire assister, les recours, les indemnités, la négociation...);
- les démarches en situation de chômage (les administrations sociales, les administrations financières, les organismes départementaux).

d. Les placements

- l'assurance vie (type de contrat, droits d'entrée, frais, rendements, taux garantis).

e. La retraite

- conditions pour faire valoir ses droits à la retraite ;
- cumul emploi-retraite ;
- prélèvements obligatoires ;
- retraite complémentaire ;
- nouveaux produits retraite.

f. La succession

- le coût de l'héritage ;
- les démarches administratives ;
- les dettes et actions sociales ;
- la fiscalité, les frais de notaire ;
- la donation-partage ;
- les formes de testament ;
- en termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?

g. La famille

- l'état civil ;
- les allocations familiales ;
- la scolarité ;
- les employés à domicile : contrat de travail, congés payés, chèque emploi service, le salaire, les déductions fiscales ;
- le mariage, le divorce ;
- la pension alimentaire.



h. La vie quotidienne

- les démarches administratives, que ce soit sur les papiers d'identité ou sur les services publics et droits des administrés ;
- le service national ;
- la justice (le tribunal d'instance et de grande instance, le tribunal administratif, l'aide juridictionnelle, les saisies...) ;
- quels documents conserver ;
- la scolarité (enseignement, formation...) ;
- l'état civil ;
- comment porter plainte ;
- à qui s'adresser en cas de litige ;
- en cas de veuvage : quels sont les droits concernant les biens du conjoint survivant ?

i. L'immobilier

- achat, vente, compromis ou promesse de vente, les frais, les arrhes ;
- la copropriété (règlement, charges, assemblée générale, le syndic, le conseil syndical...) ;
- les relations de voisinage, les troubles et les servitudes ;
- les travaux ;
- les déductions fiscales ;
- les assurances ;
- les intermédiaires (l'agent immobilier, le notaire...) ;
- les locations d'immeuble (les baux, les meublés, la loi de 1989, la loi de 1948...) ;
- les indices.

2. Informations Vie pratique

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 (horaire de France métropolitaine) hors jours fériés, pendant toute la durée du Contrat, Allianz Assistance communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines suivants :

a. Santé

- informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, la prévention...) ;
- informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...) ;
- informations médicales sur les maladies liées au vieillissement ;
- les problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids ;
- les associations de malades (diabétiques, paralysés...).

b. Bien se nourrir à tous les âges

- le bon équilibre alimentaire ;
- les compléments alimentaires ;
- l'alimentation biologique ;
- les régimes en fonction des âges.

c. La protection sociale

- ce que l'on doit savoir sur les pensions de réversion ;
- les droits pour le survivant ;
- l'allocation veuvage, l'aide sociale : qui y a droit et à qui la demander.

d. Vie pratique

- formalités administratives, services publics ;
- gastronomie, cuisine, jardinage, loisirs, activités culturelles, diététique.



e. Les derniers jours de la vie

- comment s’y préparer ;
- comment mieux les appréhender : les droits et libertés de chacun (dons d’organes, procuration sur les divers comptes bancaires) ;
- que sont les soins palliatifs et quels sont les hôpitaux qui les pratiquent et pour quels types de maladie ?

3. Accompagnement psychologique

L’objet de cette prestation est d’offrir au bénéficiaire un accompagnement psychologique lorsqu’il est confronté à un événement traumatisant ayant entraîné ou non des dommages corporels.

Sont principalement considérés comme événements traumatisants :

- un accident avec ou sans dommage corporel, ayant ou pas entraîné une hospitalisation ;
- le décès d’un proche ;
- la découverte d’une maladie grave affectant le bénéficiaire ou un de ses proches ;
- une agression physique et/ou psychologique.

L’appel du bénéficiaire doit intervenir au plus tard dans les 3 mois suivant l’événement traumatisant.

La prestation est rendue de la manière suivante :

Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous téléphonique est pris à sa convenance avec un psychologue clinicien d’Allianz Assistance qui le rappellera pour déterminer les objectifs et la durée de l’accompagnement. Le rappel du psychologue s’effectue dans les 48h maximum, du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h00 et 18h00 (horaire de France métropolitaine).

Si besoin, le bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l’un des psychologues de l’équipe d’Allianz Assistance soit effectivement disponible.

Une première évaluation « d’accompagnement psychologique » est rendue par téléphone au cours de 3 séances maximum.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue proposera au bénéficiaire des consultations en face à face avec un psychologue de son choix, proche de son lieu de travail ou de sa résidence.

Allianz Assistance rembourse au bénéficiaire le coût des séances sur présentation des originaux des notes d’honoraires émises par le psychologue, dans la limite de 80 € TTC par séance, avec un maximum de 12 séances.

Si le bénéficiaire souhaite poursuivre au-delà des 12 séances le coût restant sera à sa charge.

Exclusions

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d’effet du contrat.

Allianz Assistance n’est tenue que par une obligation de moyen.

Dans tous les cas, la décision d’accompagnement psychologique appartient exclusivement au médecin d’Allianz Assistance, éventuellement après contact et accord du médecin traitant du bénéficiaire.

4. Prestations à domicile

Forfait

Avant, pendant ou à la sortie d’une hospitalisation, ou lors d’une immobilisation à domicile de 5 jours ou plus, le bénéficiaire peut contacter Allianz Assistance qui tout d’abord, réalisera, par téléphone, une évaluation de sa situation et de son environnement.

Selon les besoins détectés ou en fonction des demandes du bénéficiaire, Allianz Assistance lui proposera dans la limite de 250 € TTC maximum, un ensemble de prestations d’assistance décrites ci-dessous.

Les prestations sont prises en charge dans la limite de 2 hospitalisations (attestée par le bulletin d’hospitalisation ou un certificat médical) et dans la limite de **2 immobilisation à domicile de 5 jours ou plus** (attestée par un certificat médical) par année civile et par bénéficiaire.

Les prestations sont à utiliser avant, pendant l’hospitalisation ou après l’hospitalisation et, au plus tard, dans un délai de 15 jours maximum à compter de la date de sortie de l’hospitalisation ou la date de fin de l’immobilisation à domicile, sauf mention contraire.

Allianz Assistance réglera le coût des prestations d’assistance aux prestataires missionnés selon les disponibilités locales, sauf mention contraire.

Le coût de chaque prestation utilisée vient en déduction du plafond de 250 € TTC.

Si aucun proche n’est disponible sur place, Allianz Assistance organise et prend en charge les prestations suivantes :



a. Transport

Si le bénéficiaire doit se rendre, depuis son domicile, à des rendez-vous médicaux et qu'aucun proche ne peut l'y conduire, Allianz Assistance prend en charge, le coût aller et retour d'un taxi ou le ticket d'un transport en commun (remboursement sur justificatif).

Il s'agit nécessairement d'un transport non médicalisé.

b. Aide à domicile

Allianz Assistance met à la disposition du bénéficiaire, une aide à domicile. Cette aide à domicile peut être réalisée :

- soit par un(e) aide-ménagère dont la mission est de réaliser de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au domicile du bénéficiaire ;
- soit par un(e) auxiliaire de vie dont la mission est de pratiquer des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère) ;
- soit, si la situation le nécessite, par un(e) Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) dont la mission est de prodiguer des conseils dans le domaine de l'éducation familiale.

Chaque prestation d'aide à domicile peut être fournie entre 8h00 et 18h00 du lundi au vendredi, hors week-ends et jours fériés.

Cette aide est mise à disposition dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de prestataires d'aide à domicile.

Le nombre d'heures alloué et leur répartition sur la période de mise à disposition sont déterminés par Allianz Assistance en fonction de la situation du bénéficiaire.

c. Fermeture du domicile quitté en urgence

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, et s'il a quitté son domicile précipitamment, Allianz Assistance organise et prend en charge la venue d'un(e) aide-ménagère afin de fermer les accès du domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera, sous réserve de la mise à disposition des clés, des éventuels codes d'accès du domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Allianz Assistance peut, si nécessaire, organiser le transport aller et retour de l'intervenant pour aller chercher les clés.

Cette prestation sera mise en place en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des prestataires d'aide à domicile.

d. Préparation du retour au domicile

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire, afin d'assurer son retour au domicile dans les meilleures conditions, Allianz Assistance organise et prend en charge, la venue d'un(e) aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire de petites courses.

Le coût des courses reste à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation s'effectuera, sous réserve de la mise à disposition des clés, des éventuels codes d'accès du domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Allianz Assistance peut, si nécessaire, organiser le transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

Cette aide est mise à disposition dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de prestataires d'aide à domicile.

e. Conduite à l'école et/ou aux activités extrascolaires des enfants de moins de 16 ans fiscalement à charge

Si aucun proche ne peut assurer le transport des enfants pour se rendre à l'école ou aux activités extrascolaires, Allianz Assistance peut prendre en charge, le transport en taxi aller et retour de l'enfant depuis le domicile.

L'enfant sera obligatoirement accompagné d'un adulte désigné par le bénéficiaire.

f. Veille ou prise en charge des ascendants dépendants

Si aucun proche n'est disponible sur place, Allianz Assistance recherche, missionne et prend en charge, suivant le besoin, l'intervention :

- soit d'un(e) auxiliaire de vie agréé(e) qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement...) ;
- soit d'une personne de compagnie : chaque prestation dure au minimum 2 heures et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.



g. Portage de repas à la sortie de l'hospitalisation

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, Allianz Assistance organise et prend en charge le portage de repas au domicile avec un délai de mise en place de 4 jours ouvrés maximum.

Ce service n'est pas disponible les samedi, dimanche et jours fériés. Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners et dîners ».

Il peut s'agir de repas diététiques personnalisés en fonction des besoins alimentaires du bénéficiaire.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Allianz Assistance propose :

- soit l'intervention d'un(e) aide-ménagère pour préparer les repas au domicile dans les conditions précisées au présent chapitre, paragraphe III.4.b. ;
- soit la mise en relation avec un prestataire, sans prise en charge.

Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine hors Corse.

h. Garde au domicile de l'enfant de moins de 16 ans, fiscalement à charge, malade ou convalescent, à la suite d'une hospitalisation

La prestation est assurée par un professionnel agréé. Sa mission consiste à garder l'enfant malade ou convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de garde.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 3 heures et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.

i. Assistance aux animaux de compagnie (chiens et chats)

À l'exclusion de tout autre animal

Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire, Allianz Assistance prend en charge la garde à l'extérieur de l'animal du bénéficiaire par un professionnel, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Exclusion

Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27 avril 1999 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine.

j. Livraison de courses

Allianz Assistance prend en charge la livraison des courses au domicile et au plus tard dans les 48 heures suivant la date de sortie de l'hospitalisation.

Le bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du bénéficiaire.

k. Prestations non cumulables

Lorsque le Bénéficiaire choisit une des quatre prestations suivantes, il ne peut accéder aux trois autres prestations restantes.

Déplacement d'un proche au domicile du bénéficiaire hospitalisé

Allianz Assistance organise et prend en charge le coût d'un transport aller et retour, d'un proche désigné par le bénéficiaire, pour s'occuper du bénéficiaire, des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans.

Transfert du bénéficiaire au domicile d'un proche

Allianz Assistance organise et prend en charge le coût d'un transport aller et retour du bénéficiaire jusqu'au domicile d'un proche.

Il s'agit nécessairement d'un transport non médicalisé.

Transfert des enfants, petits-enfants, de moins de 16 ans, fiscalement à charge et/ou des ascendants dépendants, au domicile d'un proche

Allianz Assistance organise et prend en charge le coût d'un transport aller et retour jusqu'au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.



Si nécessaire, Allianz Assistance peut prendre en charge le coût d'un transport d'un proche accompagnant désigné par le bénéficiaire.

Garde au Domicile, des enfants et/ou petits-enfants, de moins de 16 ans, fiscalement à charge

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de garde.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 3 heures et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par un professionnel agréé dont la mission consiste à garder les enfants du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens

(à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Dans le cas où la situation le nécessite (situation soumise à l'appréciation d'Allianz Assistance), un(e) Technicien(ne) d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) pourra intervenir.

5. Téléconsultation médicale

La téléconsultation médicale est un service de télémedecine, accessible par téléphone ou par audio/vidéo-conférence 24 heures/24 et 7 jours/7.

Le bénéficiaire peut accéder au service de téléconsultation médicale via le site :

<https://www.allianz-assistance-teleconsultation.fr>.

Si le bénéficiaire a un problème médical nécessitant une consultation et que son médecin traitant est indisponible ou absent, le bénéficiaire peut, sous conditions d'identification forte et acceptation des Conditions générales de services, de la Notice d'information et de consentement et de la Déclaration de confidentialité (toutes disponibles sur le site de téléconsultation), bénéficier d'une téléconsultation en contactant notre service de téléconsultation.

Au préalable, le bénéficiaire pourra échanger avec un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'État (IDE) de notre service de téléconsultation qui lui permettra d'obtenir notamment des informations sur des questions d'ordre général de santé. Si besoin, notre infirmier(ère) orientera le bénéficiaire vers un médecin de notre service de téléconsultation.

La téléconsultation est assurée par un médecin de notre service de téléconsultation inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.

A l'issue de la téléconsultation, le médecin peut, dans le cadre des parcours de soins et conformément à la législation locale en vigueur (notamment en matière de secret médical) :

- orienter le bénéficiaire vers son médecin traitant ou un établissement de soins adapté à sa situation, notamment si un examen clinique est nécessaire pour faire un diagnostic,
- fournir au bénéficiaire une ordonnance écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise.

Après la téléconsultation et avec le consentement du bénéficiaire, un compte-rendu de la téléconsultation médicale peut être envoyé au médecin traitant du bénéficiaire.

Important

La téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le bénéficiaire.

La téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18). En cas d'urgence détectée à l'étranger, toutes les mesures seront mises en œuvre pour aider le bénéficiaire à identifier les secours d'urgence, selon les mesures locales.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée ne nous est transmise, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte du bénéficiaire.

Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la téléconsultation mise en œuvre auprès du bénéficiaire.

Nous ne pourrions être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultants :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques,
- de modifications de la situation du bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la téléconsultation,
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.



Exclusions

- les téléconsultations lorsque notre service médical identifie une urgence médicale ;
- les consultations pour pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leurs éventuelles prolongations ;
- les prescriptions de médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicaments réservés à l'usage hospitalier,
 - médicaments à prescription hospitalière,
 - médicaments à prescription initiale hospitalière,
 - médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes,
 - médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement ;
- les prescriptions de médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible à l'adresse suivante : http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf ;
- les prescriptions de médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site internet suivant : www.meddispar.fr, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;
- la prescription de stupéfiants.

IV. Responsabilité

Allianz Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Allianz Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Economie et des Finances :

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Allianz Assistance s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations de la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Allianz Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux qu'Allianz Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité d'Allianz Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les prestataires intervenant auprès d'Allianz Assistance en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

De même, la responsabilité d'Allianz Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée par le bénéficiaire des renseignements communiqués ou des conseils prodigués par Allianz Assistance.

V. Conditions d'application

Allianz Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Elle ne peut prendre en charge les frais de recherche, de sauvetage et de transports primaires.

Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Allianz Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas de dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou de dommages résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense. Allianz Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tous actes, pièces,



factures, certificats médicaux, bulletins d'hospitalisation, etc., de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente Convention.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir les justificatifs appropriés à Allianz Assistance, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel, sauf cas fortuit ou de force majeure.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Allianz Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux qu'Allianz Assistance aurait engagés pour organiser le service.

Allianz Assistance ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non-respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés.

Les prestations d'assistance de la Convention sont délivrées sous réserve des disponibilités locales.

1. Conditions applicables à certaines prestations

a. Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par Allianz Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. Allianz Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

La responsabilité d'Allianz Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Allianz Assistance s'engage alors à répondre dans un délai de 48 heures.

b. Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile

Les prestations énoncées dans la Convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

La mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

VI. Exclusions

Sont exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement ;
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du bénéficiaire ;
- les conséquences des expositions suivantes qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne :
 - l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - l'exposition à des agents incapacitants,
 - l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
 - l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - l'exposition à des agents radioactifs ;
- les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense ;
- les conséquences de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

Au titre de la prestation « Accompagnement psychologique » décrite au paragraphe III.3 sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.



VII. Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à la réclamation d'un bénéficiaire formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit être adressée par écrit à Allianz Assistance selon les modalités suivantes :

- par mail : reclamation@votreassistance.fr ;
- par courrier à l'adresse suivante : AP Solutions GmbH succursale française - Traitement des réclamations - TSA 70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex.

Allianz Assistance accusera réception de la réclamation écrite dans les 10 jours ouvrables à compter de son envoi et apportera une réponse écrite au bénéficiaire dans un délai maximal de 2 mois.

Le bénéficiaire peut en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite du bénéficiaire :

- par voie électronique : www.mediation-assurance.org ;
- par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

La demande du bénéficiaire auprès du Médiateur de l'assurance doit, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la première réclamation écrite du bénéficiaire auprès des services d'Allianz Assistance.

Toutefois, cette démarche ne prive pas le bénéficiaire de la possibilité d'intenter toute action en justice.

VIII. Compétence juridictionnelle

Nous faisons élection de domicile en notre siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre nous à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

IX. Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Fragonard Assurances est responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution de la Convention.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de la Convention et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et/ou des garanties d'assurance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données, le bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant :

informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au bénéficiaire lors de la souscription de la Convention.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Allianz Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

X. Prescription

Toute action dérivant de la Convention est prescrite par un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L125-1 du Code des assurances, sont prescrites par cinq ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.



Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Article L114-2 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.

Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-dessous.

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.



XI. Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations de la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - <https://acpr.banque-france.fr/>.

XII. Loi applicable - langue utilisée

La Convention est régie par la loi française. La langue utilisée est le français.



Lexique

Dans la présente Convention d'assistance, les termes et expressions cités ici ont la signification suivante :

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Exclusion

Il est précisé que la survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale...) ne peut être assimilée à un accident.

Ascendant dépendant

Tout ascendant (parent, beau-parent et grand-parent du bénéficiaire) dépendant et vivant sous le toit du bénéficiaire.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

Bénéficiaire

Personne physique assurée au titre d'une adhésion au Contrat « Allianz Prévoyance Personne Clé ».

Domicile

Lieu de résidence principale du bénéficiaire situé en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, la Réunion et Mayotte.

Exclusion

La Guyane et la Principauté de Monaco ne sont pas couvertes pour les prestations d'assistance.

Hospitalisation

Tout séjour relatif à une hospitalisation prévue ou imprévue, avec ou sans nuitée (y compris hospitalisation ambulatoire en hôpital ou clinique) dans un établissement de soins privé ou public.

Immobilisation à domicile

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

Maladie

Altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique

Maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Transport

Tout déplacement s'effectuant par train 2^e classe, par avion en classe économique ou taxi.



Déclaration de confidentialité

La sécurité de vos données personnelles nous importe

Fragonard Assurances, entité d'Allianz Partners SAS, est une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)** proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. Fragonard Assurances (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (exemple : les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence...), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Administration du contrat d'assurance (par exemple : le traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir...)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère, Allianz Partners SAS (7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France).
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.



Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Pour la gestion du recouvrement de créances	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial Allianz Vie.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés du groupe Allianz ou réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés du groupe Allianz (dont AP Solutions GmbH succursale française), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents) ; et,
- annonceurs et régies publicitaires, afin de vous adresser des communications commerciales, conformément à la législation locale et à vos préférences de communication. Nous ne partageons pas vos données personnelles avec des tiers à des fins marketing, sans votre autorisation.

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société du groupe Allianz, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe Allianz, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe Allianz. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en oeuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.



6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus :

- pour une durée de 2 ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance,
- en cas de sinistre – 2 ans à compter du règlement du sinistre,
- en cas de sinistre avec dommages corporels – 10 ans à compter du sinistre,
- pour toute information sur les réclamations – 2 ans à compter de la réception de la réclamation,
- pour toute information sur le contrat – 2 ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AP Solutions GmbH succursale française

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar

93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.



Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz Vie

Société anonyme au capital de 681.879.255 €
340 234 962 RCS Nanterre

Protexia France

Société anonyme au capital de 1.895.248 €
382 276 624 RCS Nanterre
Entreprises régies par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr



ANCRE

ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des
risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
27 boulevard des Italiens - 75002 Paris

www.ancre-vie.com



Les prestations d'assistance sont assurées par :

Fragonard Assurances

Société Anonyme au capital de 37.207.660 €
479 065 351 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des assurances
Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

www.allianz-partners.fr

