



NOTICE D'INFORMATION

Allianz Prévoyance

Travailleur **Non Salaré**

Visa DPP13-224



À retenir

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



Bon à savoir

À quoi sert l'assurance prévoyance ?

L'assurance prévoyance vous protège, ainsi que votre famille, en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès. Elle vous permet, par exemple, de toucher des indemnités en cas d'arrêt de travail à la suite d'un accident ou d'une maladie. Elle couvre vos proches en cas de décès. Dans le cas présent, cette assurance vous 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 Travailleur Non Salarié est une offre complète qui s'adapte à vos besoins. Vous disposez ainsi de nombreuses combinaisons de garanties et options. Retrouvez-en la synthèse en page 3.

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 pouvez, en cas d'arrêt de travail, avoir recours aux démarches en ligne, comme décrit au paragraphe suivant. Sinon, vous pouvez toujours adresser vos 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 ».

3

Quels services propose votre espace client ?

Vous trouverez dans votre espace client allianz.fr le détail des garanties et options souscrites ainsi que les coordonnées de vos interlocuteurs. Vous pourrez en particulier déclarer votre arrêt de travail et suivre l'avancement de votre dossier directement depuis cet espace client.

Avec le service e-courrier, nous mettons certains documents à votre disposition. Dès qu'un nouveau document est disponible, l'information vous est transmise par courriel. Pour plus d'informations sur ce service, reportez-vous au chapitre « Les informations générales », paragraphe II.



Sommaire

Tableau de synthèse des garanties et options	3
Principales définitions	4
Les conditions d'adhésion	5
I. Le Contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salaré	5
II. L'objet du Contrat	6
III. Le cadre fiscal	6
IV. Les conditions d'admission liées à l'adhérent/assuré	6
V. L'adhésion au Contrat	7
VI. Les conséquences d'une fausse déclaration à l'adhésion	9
Le détail des garanties et options à votre disposition	11
I. Les limitations générales et exclusions	11
II. Les garanties en cas de décès	14
III. Les garanties en cas d'incapacité	16
IV. Les garanties en cas d'invalidité	20
V. Les autres garanties et options	23
Que faire en cas de sinistre ?	26
I. Les pièces justificatives à nous fournir	26
II. À propos de votre déclaration de sinistre	27
III. Le contrôle médical	28
Qui bénéficie des prestations ?	29
I. En cas de décès	29
II. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	30
III. En cas d'incapacité, d'invalidité, de survenance d'une maladie redoutée et d'hospitalisation	30
Vos cotisations	31
I. Le calcul de vos cotisations d'assurance	31
II. L'évolution des cotisations d'assurance dans le temps	31
III. Le versement des cotisations d'assurance	32
Les modifications de votre adhésion	33
I. La modification des garanties	33
II. La modification de votre situation personnelle	33
Les informations générales	34
I. La faculté de renonciation	34
II. Le service e-courrier	35
III. Votre interlocuteur si vous avez besoin d'informations	36
IV. La protection de vos données personnelles	37



V.	Votre droit d'opposition au démarchage téléphonique	39
VI.	Les relations clients et la médiation	39
VII.	Les conditions de prescription	39
VIII.	La subrogation	41
IX.	La participation aux bénéfices techniques et financiers	41
X.	La lutte contre le blanchiment	41
XI.	La solvabilité et la situation financière de l'assureur	41
XII.	L'autorité de contrôle et les règles régissant le Contrat	41
XIII.	Sanctions internationales	41
XIV.	L'identifiant unique (IDU) ADEME	42
Barème spécifique d'invalidité		43
Lexique		45



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	Dispositif Madelin	Conditions/Liens avec les autres garanties	Page de la notice
Garanties en cas de décès				
Décès toutes causes (en cas d'accident ou de maladie)	15 000 € minimum	Oui (si versement en rente viagère) Non (si versement en capital)	Fiscalité au choix à l'adhésion (impacte le mode de versement). Protection juridique incluse.	page 14
Décès accident	15 000 € minimum	Non		page 14
Rente de conjoint	Entre 1 800 € et 50 000 €/an	Oui		page 14
Rente éducation	Entre 900 € et 50 000 €/an/enfant	Oui		page 15
Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)		Oui (PTIA rente de conjoint, PTIA rente éducation) Non (PTIA décès toutes causes, PTIA décès accident)	Incluse et associée aux garanties ci-dessus.	page 15
Double effet familial		Non	Souscrite avec les garanties Décès toutes causes ou/et Décès accident.	page 16
Garanties en cas d'incapacité				
Incapacité temporaire totale en cas d'accident ou de maladie (avec ou sans option dos)	15 € / jour minimum	Oui		page 18
Incapacité temporaire totale en cas d'accident	15 € / jour minimum	Oui		page 19
Indemnités journalières pour frais généraux (avec ou sans option dos et psy)	15 € / jour minimum	Non		page 19
Exonération des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale		Non	Incluse et associée aux garanties en cas d'incapacité ci-dessus.	page 20
Garanties en cas d'invalidité				
Rente d'invalidité en cas d'accident ou de maladie (avec ou sans option dos et psy)	7 500 € / an minimum	Oui	Souscrite avec la garantie Incapacité temporaire totale en cas de maladie ou d'accident de durée 1095 jours.	page 21
Rente d'invalidité en cas d'accident	7 500 € / an minimum	Oui	Souscrite avec la garantie Incapacité temporaire totale en cas d'accident de durée 1095 jours.	page 22
Capital invalidité en cas d'accident ou de maladie (avec ou sans option dos et psy)	15 000 € minimum	Non		page 23
Capital invalidité en cas d'accident	15 000 € minimum	Non		page 23
Exonération des cotisations en cas d'invalidité		Non	Incluse et associée aux garanties en cas d'invalidité ci-dessus.	page 23
Autres garanties et options				
Option dos et psy		Selon la fiscalité de la garantie à laquelle elle s'applique.	Ne complète que les garanties d'incapacité et d'invalidité en cas d'accident ou de maladie.	page 23
Capital maladies redoutées	Entre 7 500 € et 125 000 €	Non		page 24
Garantie hospitalisation	Entre 15 € et 100 € / jour	Oui	Ne peut être souscrite seule.	page 25
Protection juridique		Selon la fiscalité de la garantie Décès toutes causes	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 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

L'adhérent, qui est également l'assuré.

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.

Bénéficiaire

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

Conjoint

Est considéré comme conjoint, le conjoint de l'assuré marié, à défaut le partenaire lié à l'assuré par le Pacte Civil de Solidarité. Cette définition s'applique aux clauses bénéficiaires des garanties Décès toutes causes et Décès accident. Le cas du concubinage est précisé au chapitre « Qui bénéficie des prestations ? », paragraphe I.

Régime obligatoire

Régime légal d'assurances sociales auquel vous êtes obligatoirement assujetti.

Retrouvez les autres définitions dans le lexique en page 45.



Les conditions d'adhésion

I. Le Contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié

Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié est le nom donné à deux contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative établis sous les n° **010-2014-001** et **010-2014-002**, régis par le droit français et le Code des assurances. Ils sont souscrits :

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

Le contrat d'assurance de groupe 010-2014-001 est souscrit dans le cadre du dispositif exclusivement réservé aux travailleurs non salariés non agricoles (article L144-1 du Code des assurances) ci-après dénommé « dispositif Madelin ». Le contrat d'assurance de groupe 010-2014-002 est souscrit pour les Travailleurs non salariés non agricoles souhaitant disposer de garanties non éligibles à ce même dispositif.

Ces deux contrats sont dénommés 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 l'offre d'adhésion (ou la demande d'adhésion, le cas échéant). 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/assuré

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

L'adhérent est la personne qui signe l'acceptation de l'offre d'adhésion (ou la demande d'adhésion le cas échéant) et qui accepte les clauses que nous proposons.

L'assuré est la personne dont le décès, l'invalidité, l'incapacité, la maladie redoutée ou l'hospitalisation 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.

Dans le cadre du Contrat, l'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne : vous.



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

Le Contrat a pris effet le 30 juin 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

Allianz Vie s'engage à proposer l'adhésion à un autre contrat d'assurance de groupe, souscrit par une association et répondant aux exigences du dispositif réservé aux Travailleurs non salariés (dispositif Madelin).

II. L'objet du Contrat

Le Contrat a pour objet de vous garantir, selon votre choix, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité, d'invalidité, de survenance d'une maladie redoutée et d'hospitalisation, à la suite d'une maladie ou d'un accident.

III. Le cadre fiscal

Vous êtes travailleur non salarié non agricole, notamment : artisan, commerçant, indépendant, profession libérale, gérant majoritaire, sous certaines conditions mandataire social ou conjoint-collaborateur.

Vous adhérez, selon les garanties que vous choisissez :

- au contrat d'assurance de groupe n° 010-2014-001. Il vous permet de bénéficier de la déductibilité fiscale dans le cadre du dispositif Madelin (article L144-1 du Code des assurances). Dans ce cadre, vous devez être à jour du paiement de vos cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;
- au contrat d'assurance de groupe n° 010-2014-002. Il vous permet de profiter des garanties non éligibles au dispositif Madelin.

Perte du statut de travailleur non salarié non agricole en cours d'adhésion

Dans le cas où, en cours d'adhésion, vous passez du statut de travailleur non salarié non agricole à celui de travailleur salarié, vous devez nous en informer dans un délai de trente jours à partir de ce changement, par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans un délai d'un mois à compter de la réception de votre lettre, l'ensemble de vos garanties reste maintenu. En revanche, vous ne bénéficiez plus du dispositif fiscal lié au statut de travailleur non salarié non agricole (dispositif Madelin). L'adhésion au contrat n°010-2014-001 est donc résiliée à l'expiration de ce délai d'un mois. L'adhésion au contrat n° 010-2014-002, en revanche, n'est pas modifiée.

Nous pourrions vous proposer un autre contrat adapté à votre nouvelle situation.

IV. Les conditions d'admission liées à l'adhérent/assuré

Pour adhérer au Contrat, vous devez remplir les conditions suivantes :

- avoir votre résidence fiscale ainsi que le lieu de votre activité professionnelle en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-mer⁽¹⁾ ;
- exercer une activité professionnelle non salariée, rémunérée et fiscalement déclarée ou être le conjoint non salarié, qui apporte une collaboration effective au travailleur non salarié et est officiellement déclaré « conjoint collaborateur » par tout document officiel tel que Kbis ou extrait d'Assemblée générale ;
- être âgé d'au moins 18 ans et respecter les conditions d'âge indiquées au chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition » en fonction des garanties choisies.

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



V. L'adhésion au Contrat

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

1. Formalités d'adhésion

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

a. Parcours par offre d'adhésion

Vous nous déclarez votre situation personnelle et professionnelle en complétant et signant tous les documents d'adhésion servant à apprécier le risque que nous vous présentons.

Vous devez vous soumettre aux formalités médicales que nous fixons, remplir et signer le questionnaire de santé correspondant à votre situation. Nous pouvons vous demander des examens ou informations médicales supplémentaires en fonction des éléments médicaux que vous avez déclarés.

À l'issue de notre analyse de votre situation, nous pouvons :

- refuser votre adhésion ;
- vous faire une offre d'adhésion sans conditions particulières ;
- vous faire une offre d'adhésion à des conditions particulières de garanties (restrictions de certaines garanties ou exclusions) et/ou de tarif (majoration de cotisations).

Si nous vous faisons une offre d'adhésion, vous avez le choix de l'accepter ou de la refuser. Pour l'accepter, il vous suffit de nous retourner signée l'acceptation de l'offre d'adhésion.

Lorsque l'offre d'adhésion comporte des conditions particulières de tarif (majorations de cotisations) et/ou de garanties (restrictions de certaines garanties ou exclusions), ces conditions vous sont alors notifiées par écrit. Si vous donnez votre accord sur celles-ci en nous les retournant signées, dans un délai maximal de 60 jours suivant leur date d'envoi, vous pouvez alors signer l'acceptation de l'offre d'adhésion. **À défaut de réception de votre accord écrit sur ces conditions dans ce délai, l'adhésion est réputée refusée.**

Dans tous les cas, si nous ne recevons pas votre accord dans le délai indiqué dans l'offre d'adhésion, nous considérons que vous refusez notre offre d'adhésion.

Au moment où vous signez l'acceptation de l'offre, vous devrez nous fournir vos coordonnées bancaires (RIB ou RICE), un mandat SEPA ainsi qu'un extrait Kbis de moins de 3 mois.

L'adhésion est conclue dès que vous signez l'acceptation de l'offre d'adhésion. Nous vous remettons alors un Bulletin d'adhésion.



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.

b. Parcours par demande d'adhésion

Si l'adhésion au Contrat n'est pas éligible au parcours par offre d'adhésion visé au paragraphe ci-dessus, dans ce cas, **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 ainsi que d'un mandat SEPA ;
- les questionnaires de santé correspondant à votre situation, remplis et signés au moment de l'adhésion. Nous pouvons vous demander des examens ou informations médicales supplémentaires en fonction des éléments médicaux que vous déclarez ;
- et autres documents à partir desquels la demande d'adhésion est étudiée avant que nous puissions accepter ou refuser l'adhésion. Ces documents peuvent être par exemple des justificatifs de revenus.

Selon notre analyse de votre situation, nous pouvons :

- refuser votre adhésion. Dans ce cas, cette décision vous est notifiée ;
- accepter votre adhésion sans conditions particulières. Nous vous envoyons alors un Bulletin d'adhésion validant ainsi que l'adhésion est conclue ;
- accepter votre 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. Si vous donnez votre accord sur celles-ci 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 dans ce délai, l'adhésion 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

Dans le cadre de ce parcours par demande d'adhésion, si vous avez choisi au moins une garantie en cas de décès, 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 euros.

Si vous décédez avant l'établissement du Bulletin d'adhésion, le capital est versé et la cotisation initiale perçue 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 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 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 ou les garanties en cas de décès choisies sont 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 première 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, via votre espace personnel ou tout autre support durable, 2 mois avant la date d'échéance de votre adhésion.	À sa date d'échéance.	Article L113-12
Perte de votre statut de TNS non agricole (chapitre « Les conditions d'adhésion », paragraphe III)	Par lettre recommandée, lettre simple, e-mail, via votre espace personnel ou tout autre support durable, dès que vous changez de statut et dans un délai de 30 jours.	Un mois après la réception de votre demande. Seule est résiliée votre adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 010-2014-001.	



	Quand et comment faire votre demande ?	Quand votre adhésion est-elle résiliée ?	Référence au Code des assurances
Modification du Contrat (chapitre « Les conditions d'adhésion », paragraphe I.4)	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-vous ?	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
Si vous 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, dans les conditions précisées au présent chapitre, paragraphe VI.

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

Pour les garanties donnant droit à des indemnités journalières, il est précisé que toute cessation d'assurance ne met pas fin au versement des prestations dues au titre d'un sinistre survenu antérieurement à la date de cessation d'assurance.

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 ;
- au plus tard la veille du jour de votre 76^e anniversaire.

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 vous avez signé si votre situation demande l'acceptation d'exclusions médicales et les éventuels documents que vous avez signés pour accepter des majorations tarifaires dans le parcours par demande d'adhésion ;
- les éventuels avenants ultérieurs.

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

Vous 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 exclusions

1. Territorialité des garanties

a. Voyages et courts séjours à l'étranger

Au titre des garanties en cas de décès, vous êtes couvert dans le monde entier. Si vous décédez 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 des garanties en cas d'incapacité, vous êtes couvert dans le monde entier selon les dispositions prévues par le Contrat, à condition que l'incapacité donne lieu à une hospitalisation à l'étranger dans un établissement de soins public ou privé placé sous contrôle médical. Vous devez nous communiquer la preuve de votre 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'à votre retour en France.

Au titre des garanties autres qu'en cas de décès et qu'en cas d'incapacité, vous êtes couvert dans le monde entier, sous réserve qu'un constat 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 votre état de santé, votre droit aux prestations est suspendu jusqu'au jour de votre retour 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 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 vous y prenez une part active, que vous agissiez ou non dans le cadre de votre activité professionnelle ;
- les conséquences de votre participation 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) 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 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 les garanties en cas de décès

Pour ces garanties, nous excluons :

- votre décès en cas de suicide au cours de votre première année d’assurance : les bénéficiaires recevront alors uniquement la part de cotisation déjà réglée couvrant la période postérieure au décès ;
- votre décès en cas de suicide au cours de l’année qui suit une augmentation de vos garanties : les bénéficiaires percevront 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 votre fait volontaire ;
- de mutilations volontaires ;
- ou d’une tentative de suicide.

d. Exclusions spécifiques pour la garantie Décès accidentel et les garanties en cas d’incapacité, d’invalidité et d’hospitalisation

Pour ces garanties nous excluons :

- les blessures ou lésions provenant de paris ou défis ;
- les conséquences de maladies ou d’accidents qui sont votre fait volontaire ;
- les conséquences de mutilations volontaires ;
- les conséquences d’une tentative de suicide ;
- les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l’atome.

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

Pour ces garanties, nous excluons :

- 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 vous y soyez ou non assujetti ;
- les sinistres résultant de tout acte chirurgical à but esthétique (hors chirurgie réparatrice), ainsi que ses éventuelles conséquences et complications.

f. 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, Indemnités journalières pour frais généraux, Capital invalidité en cas d’accident ou de maladie, Rente d’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 sciatalgie, 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 vous avez été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.



g. Exclusions spécifiques pour la garantie Hospitalisation

Au titre de cette garantie, nous excluons les séjours effectués :

- dans des établissements non hospitaliers ;
- dans les établissements hospitaliers suivants :
 - établissements, maisons, centres ou unités de long séjour, maisons de santé de toute nature,
 - établissements, maisons, centres ou unités de lutte contre les maladies mentales, contre l'alcoolisme et la toxicomanie,
 - services psychiatriques ou neuropsychiatriques autres que ceux d'un hôpital public ou participant au service public hospitalier,
 - maisons d'enfants à caractère sanitaire,
 - établissements de cure y compris les cures d'amaigrissement, à l'exception des cures thermales,
 - maisons de repos, sauf lorsqu'ils sont consécutifs à un événement garanti.

Nous excluons également les événements résultant :

- d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale à but esthétique (hors chirurgie réparatrice), ainsi que ses éventuelles conséquences et complications ;
- d'un accident survenu au cours d'un vol d'essai aérien ou d'un vol sur prototype aérien.

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

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

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/aïkibudo, body combat, canne de combat, capoeira, cardio-kickboxing, énergie-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 vous pratiquez 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 vous établissez 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 votre demande expresse, tout ou partie de ces activités peuvent faire l'objet d'une étude des garanties. Dans ce cas, nous vous indiquons :

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

i. Sports pratiqués à titre professionnel

Par défaut, les conséquences de la pratique sportive à titre professionnel sont exclues de toutes les garanties.

Vous devez donc nous déclarer les sports que vous pratiquez 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. Les garanties en cas de décès

1. Garantie Décès toutes causes

Cette garantie peut être choisie de 18 à 74 ans inclus.

Elle cesse, au plus tard, la veille du jour de votre 76^e anniversaire.

Si vous décédez en cours d'adhésion à la suite d'une maladie ou d'un accident, nous versons à vos bénéficiaires désignés la prestation décès garantie sous forme :

- de rente viagère (dispositif Madelin) ;
- ou de capital (hors dispositif Madelin).

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.

2. Garantie Décès accident

Cette garantie peut être choisie de 18 à 74 ans inclus.

Elle cesse, au plus tard, la veille du jour de votre 76^e anniversaire.

Si vous décédez en cours d'adhésion à la suite d'un accident, nous versons à vos bénéficiaires désignés le capital décès garanti.

Délai d'attente

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

3. Garantie Rente de conjoint

Cette garantie peut être choisie de 18 à 74 ans inclus.

Elle cesse, au plus tard, la veille du jour de votre 76^e anniversaire.

Si vous décédez en cours d'adhésion à la suite d'une maladie ou d'un accident, nous versons une rente viagère à votre bénéficiaire, comme précisé au chapitre « Qui bénéficie des prestations ? », paragraphe I.2.

a. Délai d'attente

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

b. Comment est versée la rente ?

Le montant de la rente versée est indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant relatif à cette garantie, en vigueur à la date de votre décès.

Nous versons une rente mensuelle à terme échu, automatiquement viagère. Toutefois, votre bénéficiaire peut demander la transformation de cette rente viagère en une rente temporaire avant le premier versement. Le montant de la rente temporaire sera alors recalculé en fonction de la durée demandée.

En cours de règlement de la rente, et afin que nous puissions nous assurer que votre bénéficiaire est toujours en vie, celui-ci devra adresser chaque année un document d'état civil (certificat de vie) à notre Centre de Solutions Client.





Le versement de la rente cesse de manière définitive au décès de votre bénéficiaire. Cette rente est non réversible.

Si un changement intervient dans votre situation familiale, prévenez-nous rapidement. En effet, ce changement (divorce ou décès du bénéficiaire, par exemple) peut avoir une conséquence sur la mise en jeu de la garantie ou le montant de votre cotisation (voir le chapitre « Vos cotisations »). Les cotisations versées antérieurement à la réception de cette information par notre Centre de Solutions Client ne seront pas remboursées.

4. Garantie Rente éducation

Cette garantie peut être choisie de 18 à 74 ans inclus.

Elle cesse, au plus tard, la veille du jour de votre 76^e anniversaire.

Si vous décédez en cours d'adhésion à la suite d'une maladie ou d'un accident, nous versons une rente temporaire à chacun des enfants que vous avez désignés comme bénéficiaires de cette garantie lors de votre adhésion. Seuls les enfants fiscalement à votre charge peuvent être désignés.

Au titre de ce Contrat, un enfant est fiscalement à la charge d'une personne :

- s'il est rattaché au foyer fiscal de cette personne ;
- ou si la personne lui verse une pension alimentaire déclarée au titre de son imposition sur les revenus.

a. Délai d'attente

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

b. Comment est versée la rente ?

Vous choisissez le montant de la rente pour chacun de vos enfants bénéficiaires. Cette rente peut être fixe ou évoluer dans le temps. Dans ce dernier cas, vous choisissez des montants pour différentes tranches d'âge (nous vous proposons trois tranches d'âge que vous pouvez adapter).

Le montant de la rente versée à chaque enfant bénéficiaire est indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur à la date de votre décès.

Nous versons une rente mensuelle à terme échu :

- à la personne qui assume la charge de votre enfant, si ce dernier est âgé de moins de 18 ans ;
- à votre enfant, s'il est âgé d'au moins 18 ans.

Le versement de la rente cesse définitivement :

- si votre enfant poursuit des études, le mois d'anniversaire de ses 26 ans ;
- si votre enfant ne poursuit pas ses études, le mois d'anniversaire de ses 18 ans ;
- si votre enfant de plus de 18 ans ne fournit pas de certificat de suivi d'études dans les 2 mois suivant le début de chaque année d'études ;
- au décès de l'enfant bénéficiaire. Cette rente est non réversible.

En cours de règlement de la rente, afin que nous puissions nous assurer que votre bénéficiaire est toujours en vie, celui-ci devra adresser chaque année un document d'état civil (certificat de vie) à notre Centre de Solutions Client. S'il a plus de 18 ans, il devra également nous communiquer un certificat de suivi d'études.

L'arrivée d'un nouvel enfant

Une garantie temporaire gratuite est automatiquement mise en place lorsqu'un nouvel enfant entre dans votre famille, sous réserve qu'il soit :

- votre enfant, par filiation établie avec vous, jusqu'à la veille de son 7^e mois ;
- un enfant que vous avez adopté, jusqu'à la veille du 7^e mois à partir de l'acte d'adoption.

Au-delà de ces 7 mois, pour disposer d'une garantie Rente d'éducation pour cet enfant, vous devrez contacter votre interlocuteur habituel.

Cette garantie temporaire est identique à celle déjà souscrite pour le plus jeune des autres enfants bénéficiaires.



Vous devez nous informer dans les meilleurs délais de tout événement pouvant avoir des conséquences sur la mise en jeu de cette garantie (exemple : fin des études d'un enfant bénéficiaire de plus de 18 ans ou décès d'un enfant bénéficiaire...). Les cotisations versées antérieurement à la réception de cette information par notre Centre de Solutions Client ne sont pas remboursées.

5. Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Cette garantie est incluse et associée aux garanties en cas de décès suivantes :

- Décès toutes causes ;
- Décès accident ;
- Rente de conjoint ;
- Rente éducation.



Vous êtes 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, vous ne pouvez définitivement plus vous livrer à aucune activité vous procurant gain ou profit et devez avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (vous déplacer, vous habiller, manger, vous laver), au jour déterminé par le médecin-expert que nous désignons.

Si vous êtes reconnu en état de PTIA, en cours d'adhésion et avant votre 76^e anniversaire, nous vous versons par anticipation :

- pour la PTIA Décès toutes causes : le capital prévu en cas de décès toutes causes si la PTIA fait suite à une maladie ou un accident ;
- pour la PTIA Décès accident : le capital prévu en cas de décès accidentel si la PTIA fait suite à un accident ;
- pour la PTIA Rente de conjoint et la PTIA Rente éducation : les rentes prévues en cas de décès si la PTIA fait suite à une maladie ou un accident.

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

Délai d'attente

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

6. Garantie Double effet familial

Cette garantie peut être choisie de 18 à 74 ans inclus. Elle ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie Décès toutes causes ou Décès accident.

Elle cesse, au plus tard, la veille du jour de votre 76^e anniversaire.

Au moment de votre décès, un contrat individuel d'assurance Décès toutes causes (sans garantie en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie dans ce cas) est établi au nom d'un nouvel assuré, sans qu'aucune cotisation ne soit exigée pour ce contrat.

L'assuré de ce nouveau contrat est la personne qui, à la suite de votre décès, aura la charge fiscale (au sens du Contrat) d'enfants de moins de 26 ans (les vôtres ou les siens) ou la seule personne qui aura la charge fiscale de l'enfant le plus jeune si plusieurs personnes peuvent endosser le rôle d'assuré. Elle devra nous transmettre une déclaration sur l'honneur de la prise en charge de cet enfant.

Le montant du capital garanti est alors :

- le montant du capital de la garantie Décès toutes causes ou de la garantie Décès accident si vous n'avez souscrit qu'une seule de ces deux garanties ;
- ou le montant du capital de la garantie Décès toutes causes, si vous avez souscrit les deux garanties Décès toutes causes et Décès accident.

Au décès de l'assuré du nouveau contrat, nous versons le capital garanti, à parts égales, aux enfants fiscalement à votre charge ou à celle de cet assuré avant votre décès et encore âgés de moins de 26 ans au moment du décès de l'assuré du nouveau contrat.

Chaque année, l'assuré de ce nouveau contrat devra nous justifier que les différents enfants bénéficiaires de ce nouveau contrat âgés de moins de 26 ans demeurent fiscalement à sa charge.

a. Délai d'attente

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

b. Conditions de cessation

La garantie cesse de manière définitive lorsque l'assuré de ce nouveau contrat :

- ne fournit pas le justificatif que les enfants bénéficiaires du nouveau contrat demeurent fiscalement à sa charge ;
- atteint son 76^e anniversaire.

La garantie cesse également si tous les enfants bénéficiaires du nouveau contrat sont âgés d'au moins 26 ans.

III. Les garanties en cas d'incapacité

1. Règles communes aux garanties en cas d'incapacité (hors garantie Exonération)

Ces garanties peuvent être choisies de 18 à 62 ans inclus.

Seules les personnes qui justifient de l'exercice effectif d'une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ou les personnes qui sont conjoint collaborateur (d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale) et qui apportent une collaboration effective et régulière à un travailleur non salarié peuvent souscrire une garantie Incapacité temporaire totale. Elle cesse à l'arrêt définitif de toute activité professionnelle réelle et rémunérée.



Vous êtes reconnu en état d'incapacité temporaire totale lorsque, temporairement et de façon continue, vous ne pouvez plus exercer votre activité professionnelle, même partiellement, ni sur votre lieu de travail, ni à votre domicile.

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

a. 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 votre médecin diminué du nombre de jours de franchise ;
- et est **au maximum de 365 ou 1095 jours consécutifs** (choix irréversible à l'adhésion) au titre de la même incapacité temporaire totale.

Abrogation de franchise en cas d'hospitalisation

Si vous êtes hospitalisé deux nuits consécutives au minimum et si la franchise de votre garantie est inférieure ou égale à 30 jours, nous vous indemnisons dès le premier jour de votre hospitalisation (la franchise est abrogée).

b. Conditions pour percevoir vos indemnités journalières

Dès le début de votre incapacité temporaire totale, vous devez :

- être couvert au titre de cette garantie ;
- exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ou être conjoint collaborateur d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale et apporter une collaboration effective et régulière à un travailleur non salarié dans le cadre de votre activité professionnelle.

Ainsi, si au premier jour de votre arrêt de travail (le jour du sinistre) vous êtes au chômage, à la retraite (sauf si vous êtes en cumul emploi-retraite) ou en cessation d'activité professionnelle, vous ne pourrez pas prétendre à cette garantie et les cotisations versées seront remboursées pour la période non couverte, d'un maximum de 60 jours.

c. Cas de la reprise à temps partiel thérapeutique

Si vous avez cumulé une période de 90 jours d'arrêt continu total de travail consécutifs minimum, et que vous êtes reconnu par notre médecin conseil en état d'incapacité temporaire partielle et que vous reprenez votre activité professionnelle à temps partiel pour motif thérapeutique, nous vous versons une demi-indemnité journalière pendant une durée dépendant de la garantie mise en jeu.

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 charge au titre de l'incapacité temporaire ne peut donc être pris en charge au titre d'une reprise à temps partiel.

d. 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 accident/maladie, selon votre garantie) 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 que le délai de franchise) comme précisé au présent chapitre, paragraphe III.1.a.

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.

e. Conditions de cessation

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

- le jour de votre reprise totale d'une quelconque activité professionnelle ;
- le jour de votre reprise à temps partiel lorsqu'elle est non indemnisée au titre du Contrat ;
- au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre des garanties d'invalidité (pour un même sinistre), telle que précisée au présent chapitre, paragraphe IV ;
- au plus tard dans un délai de 365 ou 1095 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 vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre 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 vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- au plus tard la veille du jour de votre 67^e anniversaire.

Les garanties en cas d'incapacité temporaire totale cessent :

- le jour où vous liquidez vos droits à la retraite (sauf si vous êtes en cumul emploi-retraite) et au plus tard la veille du jour de votre 67^e anniversaire ;
- au jour de la prise en charge au titre de la garantie Rente d'invalidité soit en cas d'accident, soit en cas de maladie ou d'accident (selon votre garantie), dans le cadre d'une invalidité totale ;
- le jour de la cessation de l'adhésion.

Vous devez nous informer dès que vous reprenez votre activité professionnelle après un arrêt de travail, même de manière partielle.

2. Garantie Incapacité temporaire totale en cas d'accident ou de maladie

Si votre état de santé relève de l'incapacité temporaire totale, à la suite d'un accident ou d'une maladie, nous vous versons des indemnités journalières forfaitaires. Ces indemnités sont indépendantes des prestations versées par votre régime obligatoire.

a. 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 des 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.

b. Cas de la reprise à temps partiel thérapeutique

La durée maximum de la demi-indemnité lors d'une reprise à temps partiel est de 90 jours.

c. Option dos et psy

Vous pouvez choisir l'option dos et psy, décrite au présent chapitre, paragraphe V.1, pour annuler les limitations de prise en charge listées au présent chapitre, paragraphe I.2.f.

Attention, d'éventuelles exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document que nous vous avons fait parvenir à la suite des formalités d'adhésion et que vous avez validé et signé. Ces exclusions s'appliqueront même si vous choisissez l'option dos et psy.

d. Bonus IJ

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

Acquisition du bonus

Si vous n'avez pas fait l'objet d'une prise en charge 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.

Consommation du bonus

Dès lors que vous remplissez 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.



3. Garantie Incapacité temporaire totale en cas d'accident

Si votre état de santé relève de l'incapacité temporaire totale, à la suite d'un accident, nous vous versons des indemnités journalières forfaitaires. Ces indemnités sont indépendantes des prestations versées par votre régime obligatoire.

a. Délai d'attente

Cette garantie n'a pas de délai d'attente.

b. Cas de la reprise à temps partiel thérapeutique

La durée maximum de la demi-indemnité lors d'une reprise à temps partiel est de 30 jours.

4. Garantie Indemnités journalières pour frais généraux

Si votre état de santé relève de l'incapacité temporaire totale, à la suite d'un accident ou d'une maladie, nous vous versons des indemnités journalières forfaitaires permettant de compenser tout ou partie de vos frais généraux.

Par frais généraux, sont désignés les frais fixes et permanents que vous supportez habituellement pour l'exercice de votre profession et admis comme charges d'exploitation au plan fiscal. Ils sont limités aux postes suivants :

- les loyers des locaux professionnels et les charges locatives ;
- le coût des locations de matériel professionnel et de mobilier (y compris le crédit-bail) ;
- les frais d'entretien et de réparation des locaux professionnels ;
- les dépenses d'eau, de gaz, d'électricité, de chauffage, de téléphone ;
- les frais de véhicules et autres frais de déplacements ;
- les fournitures de bureau, les frais de documentation, de correspondance et de téléphone ;
- les salaires et charges sociales du personnel (parts patronale et salariale) ;
- le coût du remplacement du personnel (intérimaire) ;
- les impôts et taxes professionnels (hors TVA) ;
- les primes d'assurances professionnelles (hors assurances emprunteur) ;
- les cotisations syndicales et professionnelles ;
- les frais divers de gestion (dont les honoraires des experts-comptables).

Tout justificatif portant sur le montant de frais généraux que vous souhaitez assurer ne pourra être retenu que sur ces seuls postes.

Notre durée maximale de prise en charge est de 365 jours consécutifs au titre de la même incapacité temporaire totale. Ces indemnités sont indépendantes des prestations versées par votre régime obligatoire.

a. 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 des 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.

b. Cas de la reprise à temps partiel thérapeutique

La durée maximum de la demi-indemnité lors d'une reprise à temps partiel est de 90 jours.

c. Option dos et psy

Vous pouvez choisir l'option dos et psy, décrite au présent chapitre, paragraphe V.1, pour annuler les limitations de prise en charge listées au présent chapitre, paragraphe I.2.f.

Attention, d'éventuelles exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document que nous vous avons fait parvenir à la suite des formalités d'adhésion et que vous avez validé et signé. Ces exclusions s'appliqueront même si vous choisissez l'option dos et psy.



5. Garantie Exonération des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale

Cette garantie est incluse dès lors qu'une garantie en cas d'incapacité est souscrite.

Si nous vous versons des indemnités journalières dans le cadre d'une des garanties en cas d'incapacité, nous vous exonérons du paiement de la totalité de vos cotisations d'assurance à venir pour l'ensemble des garanties prévues dans le cadre de votre adhésion, pendant toute la durée de notre prise en charge au titre de l'incapacité temporaire totale, après un délai de franchise de 60 jours : elle débute donc toujours à compter du 61^e jour d'arrêt, indépendamment des franchises des garanties en cas d'incapacité. Cette exonération prend la forme d'un remboursement des cotisations que vous continuez à nous régler.

Cette exonération cesse à la fin de notre indemnisation de l'incapacité temporaire totale.

En cas d'indemnisation de reprise du travail à temps partiel thérapeutique, l'exonération des cotisations d'assurance cesse.

IV. Les garanties en cas d'invalidité

1. Règles communes aux garanties en cas d'invalidité (hors garantie Exonération)

Ces garanties peuvent être choisies de 18 à 62 ans inclus.

Le montant des garanties (rente ou capital) est indiqué dans votre Bulletin d'adhésion ou votre dernier avenant en vigueur.

a. Délai d'attente

Les garanties en cas d'invalidité n'ont pas de délai d'attente.

b. Conditions de cessation

Ces garanties cessent :

- le jour où vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite ;
- au terme de l'adhésion et au plus tard la veille du jour de votre 67^e anniversaire.

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

Les garanties en cas d'invalidité peuvent être mises en jeu à partir de la date de consolidation de votre état de santé.

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 votre arrêt de travail. Lorsque votre état de santé est consolidé et entraîne une incapacité totale d'exercer votre 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 votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité 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 barème que vous choisissez est valable pour les différentes garanties en cas 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 vous exerciez 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

Vous êtes reconnu en invalidité permanente totale si votre 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.

d. Conséquence de la mise en jeu de garanties en cas d'invalidité

Si une garantie en cas d'invalidité est mise en jeu, vous restez couvert pour les garanties en cas de décès ainsi que pour les garanties Perte totale et irréversible d'autonomie, Capital maladies redoutées et Hospitalisation, si vous les avez souscrites. Les garanties en cas d'incapacité souscrites ne cessent qu'en cas d'invalidité totale.

2. Garantie Rente d'invalidité en cas d'accident ou de maladie

Cette garantie ne peut être retenue que si elle est associée à la garantie Incapacité temporaire totale en cas d'accident ou de maladie avec une durée d'indemnisation choisie de 1095 jours. **La rente d'invalidité ne peut être versée si elle fait suite à une période d'incapacité temporaire totale, à la suite d'un accident ou d'une maladie, que nous avons refusé d'indemniser.**

Selon votre choix fait lors de l'adhésion, nous nous engageons à verser une rente forfaitaire temporaire lorsqu'en cours d'adhésion, vous êtes reconnu en invalidité à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Le taux d'invalidité déclencheur est selon votre choix de 15 ou de 33 %.

a. Montant de la rente servie

La rente servie est déterminée en fonction du taux d'invalidité retenu, du taux d'invalidité déclencheur et du montant de votre garantie. Elle est calculée de la façon suivante :

	Vous avez choisi un taux déclencheur de 15 %	Vous avez choisi un taux déclencheur de 33 %
Si taux d'invalidité < 15 %	Pas de versement de rente.	Pas de versement de rente.
Si 15 % ≤ taux d'invalidité < 33 %	La rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu.	Pas de versement de rente.
Si 33 % ≤ taux d'invalidité < 66 %	La rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu divisé par 66 %.	La rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu divisé par 66 %.
Si taux d'invalidité ≥ 66 %	Montant de rente = totalité du montant souscrit.	Montant de rente = totalité du montant souscrit.

Le versement est effectué à la fin de chaque trimestre.

En cours d'invalidité, vous devez nous signaler toute amélioration ou toute aggravation de votre état de santé. Dans ce cas, nous missionnons un médecin, à nos frais, afin de déterminer un éventuel nouveau taux d'invalidité.

Nous pouvons également demander de notre propre initiative et à notre charge un examen afin de contrôler le taux d'invalidité. L'examen médical doit être effectué sur le territoire français.

Si l'adhésion est en cours et si le taux final d'invalidité initialement fixé est modifié (à la hausse ou à la baisse), le montant de la rente sera ajusté au montant correspondant au nouveau taux, et ce, dès le premier versement qui suivra notre constatation de ce nouveau taux.



b. Cessation de la rente

La rente au titre de cette garantie cesse :

- en cas de fixation d'un nouveau taux d'invalidité inférieur au taux déclencheur de 15 % ou 33 % (selon le seuil que vous avez choisi à l'adhésion) ;
- le jour où vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite. Dans ce cas, nous continuons la prise en charge de l'invalidité sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- en cas de mise en œuvre de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie ou si vous décédez ;
- au terme de l'adhésion et au plus tard la veille du jour de votre 67^e anniversaire.

c. Option dos et psy

Vous pouvez choisir l'option dos et psy, décrite au présent chapitre, paragraphe V.1, pour annuler les limitations de prise en charge listées au présent chapitre, paragraphe 1.2.f.

Attention, d'éventuelles exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document que nous vous avons fait parvenir à la suite des formalités d'adhésion et que vous avez validé et signé. Ces exclusions s'appliqueront même si vous choisissez l'option dos et psy.

3. Garantie Rente d'invalidité en cas d'accident

Cette garantie ne peut être retenue que si elle est associée à une garantie Incapacité temporaire totale en cas d'accident dont la durée d'indemnisation choisie doit être de 1095 jours. **La rente d'invalidité ne peut être versée si elle fait suite à une période d'incapacité temporaire totale, à la suite d'un accident, que nous avons refusé d'indemniser.**

Selon votre choix fait lors de l'adhésion, nous nous engageons à vous verser une rente forfaitaire temporaire lorsque, en cours d'adhésion, vous êtes reconnu en invalidité à la suite d'un accident.

Le taux d'invalidité déclencheur est selon votre choix de 15 ou de 33 %.

a. Montant de la rente servie

La rente servie est déterminée en fonction du taux d'invalidité retenu, du taux d'invalidité déclencheur et du montant de votre garantie. Elle est calculée de la façon suivante :

	Vous avez choisi un taux déclencheur de 15 %	Vous avez choisi un taux déclencheur de 33 %
Si taux d'invalidité < 15 %	Pas de versement de rente.	Pas de versement de rente.
Si 15 % ≤ taux d'invalidité < 33 %	La rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu.	Pas de versement de rente.
Si 33 % ≤ Taux d'invalidité < 66 %	La rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu divisé par 66 %.	La rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu divisé par 66 %.
Si taux d'invalidité ≥ 66 %	Montant de rente = totalité du montant souscrit.	Montant de rente = totalité du montant souscrit.

Le versement est effectué à la fin de chaque trimestre.

En cours d'invalidité, vous devez nous signaler toute amélioration ou toute aggravation de votre état de santé. Dans ce cas, nous missionnons un médecin, à nos frais, afin de déterminer un éventuel nouveau taux d'invalidité.

Nous pouvons également demander de notre propre initiative et à notre charge un examen afin de contrôler le taux d'invalidité. L'examen médical doit être effectué sur le territoire français.

Si l'adhésion est en cours et si le taux final d'invalidité initialement fixé est modifié (à la hausse ou à la baisse), le montant de la rente sera ajusté au montant correspondant au nouveau taux, et ce, dès le premier versement qui suivra notre constatation de ce nouveau taux.

b. Cessation de la rente

La rente au titre de cette garantie cesse :

- en cas de fixation d'un nouveau taux d'invalidité inférieur au taux déclencheur de 15 % ou 33 % (selon le seuil que vous avez choisi à l'adhésion) ;
- le jour où vous liquidez vos droits à la retraite ou à la préretraite au titre de votre activité professionnelle, sauf en cas de cumul emploi-retraite. Dans ce cas, nous continuons la prise en charge de l'invalidité sous réserve que vous continuiez à remplir les autres conditions prévues par le Contrat ;
- en cas de mise en œuvre de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie ou si vous décédez ;
- au terme de l'adhésion et au plus tard la veille du jour de votre 67^e anniversaire.



4. Garantie Capital invalidité en cas d'accident ou de maladie

Cette garantie a pour objet le paiement d'un capital lorsque votre état de santé relève de l'invalidité permanente.

Selon votre choix fait lors de l'adhésion, nous nous engageons à verser un capital invalidité en cas d'accident ou de maladie lorsque vous êtes reconnu, en cours d'adhésion, en invalidité à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Le taux d'invalidité déclencheur de cette garantie est fixé à 15 %.

a. Montant du capital versé

Le capital versé est déterminé comme suit :

- si le taux d'invalidité est inférieur à 66 %, le montant du capital versé sera proportionnel à ce taux ;
- si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %, le capital sera entièrement versé.

Lors du versement d'une prestation pour un taux d'invalidité inférieur à 66 %, la garantie ne cesse pas et vous pourrez encore prétendre au versement d'une partie du capital en cas d'aggravation de votre taux d'invalidité (à hauteur de l'augmentation de votre taux d'invalidité) et ce, jusqu'à ce que l'intégralité du capital vous soit versé.

b. Option dos et psy

Vous pouvez choisir l'option dos et psy, décrite au présent chapitre, paragraphe V.1, pour annuler les limitations de prise en charge listées au présent chapitre, paragraphe I.2.f.

Attention, d'éventuelles exclusions peuvent toutefois être précisées dans le document que nous vous avons fait parvenir à la suite des formalités d'adhésion et que vous avez validé et signé. Ces exclusions s'appliqueront même si vous choisissez l'option dos et psy.

5. Garantie Capital invalidité en cas d'accident

Cette garantie a pour objet le paiement d'un capital lorsque votre état de santé relève de l'invalidité permanente.

Selon votre choix fait lors de l'adhésion, nous nous engageons à verser un capital invalidité en cas d'accident lorsque vous êtes reconnu, en cours d'adhésion, en invalidité à la suite d'un accident.

Le taux d'invalidité déclencheur de cette garantie est fixé à 15 %.

Montant du capital versé

Le capital versé est déterminé comme suit :

- si le taux d'invalidité est inférieur à 66 %, le montant du capital versé sera proportionnel à ce taux ;
- si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %, le capital sera entièrement versé.

Lors du versement d'une prestation pour un taux d'invalidité inférieur à 66 %, la garantie ne cesse pas et vous pourrez encore prétendre au versement d'une partie du capital en cas d'aggravation de votre taux d'invalidité (à hauteur de l'augmentation de votre taux d'invalidité) et ce, jusqu'à ce que l'intégralité du capital vous soit versé.

6. Garantie Exonération des cotisations en cas d'invalidité

Cette garantie est incluse dès lors qu'au moins une garantie en cas d'invalidité (rente ou capital, que ce soit pour accident ou maladie/accident).

Dès lors que vous bénéficiez d'une prise en charge au titre de l'une des quatre garanties en cas d'invalidité décrites ci-avant, nous vous exonérons complètement du paiement des cotisations d'assurance à échoir au titre de toutes les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion au Contrat.

V. Les autres garanties et options

1. Option dos et psy

Vous pouvez choisir cette option à l'adhésion. Elle vient en complément de toutes les garanties en cas d'incapacité et d'invalidité en cas d'accident ou de maladie 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, 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.



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

2. Garantie Capital maladies redoutées

Cette garantie peut être souscrite de 18 à 62 ans inclus.

Elle cesse, au plus tard, la veille du jour de votre 67^e anniversaire.

Cette garantie a pour but de vous verser un capital en cas de survenance d'une maladie associée à cette garantie (liste ci-après). Le montant du capital est indiqué dans votre Bulletin d'adhésion ou votre dernier avenant en vigueur.

Au premier diagnostic de l'une de ces maladies, en cours d'adhésion et après le délai d'attente, le capital vous est versé immédiatement.

La mise en jeu de cette garantie :

- met fin à la garantie ;
- ne met pas fin à l'adhésion ;
- est sans impact sur les autres garanties.

a. Liste des maladies redoutées

Les maladies associées à cette garantie sont les suivantes :

- cancers : tumeurs malignes (y compris les mélanomes), à partir du stade II de la classification de TNM ou de Figo.

Exclusion : sont exclus les cancers de la peau spinocellulaires et basocellulaires ;

- leucémies y compris la leucémie myéloïde chronique.

Exclusion : sont exclus la leucémie lymphoïde chronique, les autres syndromes myéloprolifératifs et les syndromes myélodysplasiques ;

- lymphomes Hodgkiniens ou non Hodgkiniens de stade III et IV uniquement ;
- accidents vasculaires cérébraux avec séquelles neurologiques : hémiparésie, paraplégie, tétraplégie, persistantes au-delà de 365 jours. Si l'état est stabilisé avant 365 jours sur le plan moteur, la maladie pourra être reconnue à partir de 8 mois.

Exclusion : sont exclus les accidents ischémiques transitoires et les syndromes vertébraux « basilaires » ;

- insuffisances rénales terminales traitées par hémodialyse, dialyse péritonéale ou par transplantation ;
- maladie de Parkinson avec tous les éléments du syndrome Parkinsonien.

Exclusion : sont exclus les syndromes de Parkinson consécutifs à l'administration de médicaments (dits « iatrogènes ») ;

- infarctus du myocarde avec altération de la fonction du ventricule gauche (FEVG : Fraction d'Éjection du Ventricule Gauche < 40 %) ;
- maladie d'Alzheimer, diagnostiquée par un neurologue, avec le résultat à un test MMS (Mini Mental Score) inférieur ou égal à 20 ;
- greffes d'organes principaux : reins, cœur, foie, poumons, moelle osseuse par allogreffe (c'est-à-dire prélevée chez un autre individu) ;
- sclérose en plaques avec un score EDSS supérieur ou égal à 5.

Exclusion commune à l'ensemble des maladies : ne sont pas garanties les maladies dont vous avez été atteint ou dont les premières manifestations ont eu lieu avant la date d'adhésion, quel qu'en soit le stade ou la gravité, ainsi que leurs complications et/ou rechutes, même si vous nous les avez déclarées.

Nous pouvons procéder au contrôle médical et, le cas échéant, à l'arbitrage prévu au chapitre « Que faire en cas de sinistre ? », paragraphe III.

b. Délai d'attente

Seule une maladie redoutée débutant après le délai d'attente peut être indemnisée. Le délai d'attente de cette garantie est de 6 mois.



3. Garantie Hospitalisation

Cette garantie peut être souscrite de 18 à 62 ans inclus et **doit être associée à une autre garantie.**

Elle cesse lorsqu'elle n'est plus liée à une autre garantie et, au plus tard, la veille du jour de votre 67^e anniversaire.

L'objet de cette garantie est de vous verser une indemnité journalière forfaitaire si, du fait d'une maladie ou d'un accident survenu en cours d'adhésion après le délai d'attente, vous êtes hospitalisé :

- en soin de courte durée de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) ;
- en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) uniquement en cas de transfert à la suite d'une hospitalisation en soin de courte durée de MCO ;
- en service psychiatrique ou neuropsychologique d'un hôpital public ou participant au service public hospitalier.

Si votre hospitalisation débute après le délai d'attente et fait suite à une maladie ou un accident, nous vous versons des indemnités journalières forfaitaires.

L'hospitalisation peut être effectuée à domicile sur prescription et contrôles médicaux, à condition que ce domicile soit en France métropolitaine, en Outre-mer⁽¹⁾ ou en Principauté de Monaco.

Cette garantie prévoit également le versement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation d'un nouveau-né de moins d'un mois après le départ de la mère de l'établissement hospitalier (à la suite de l'accouchement) et en cas de nécessité de présence d'un parent au chevet d'un enfant de moins de 13 ans hospitalisé.

Le nombre de journées d'hospitalisation indemnisées est limité à :

- 100 jours par année d'assurance pour l'ensemble des hospitalisations :
 - dans un service psychiatrique ou neuropsychiatrique d'un hôpital public ou participant au service public hospitalier,
 - en moyen séjour, pour les hospitalisations pour rééducation fonctionnelle et réadaptation, dans un but de repos, convalescence, régime alimentaire, pour adulte ou enfant ;
- 730 jours par hospitalisation dans le cas général.

Une franchise de deux nuits d'hospitalisation est appliquée.

Le versement des indemnités journalières intervient à réception du certificat d'hospitalisation par notre médecin-conseil (ou bulletin de situation) après expiration du délai d'attente et cesse dès la fin de l'hospitalisation ou dès que les limites spécifiées ci-dessus sont atteintes.

Délai d'attente

Seule une hospitalisation 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 des 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 entre l'ancien montant de l'indemnité journalière et le nouveau.

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



Que faire en cas de sinistre ?

I. Les pièces justificatives à nous fournir

Dans tous les cas de sinistre, vous devez transmettre vos documents et justificatifs à notre Centre de Solutions Client. Son adresse est mentionnée dans le lexique ainsi qu'en page 2.

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 selon votre situation. Des documents complémentaires pourront vous être demandés, en particulier pour des éléments médicaux.

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

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

1. En cas d'incapacité temporaire totale

Si vous utilisez l'espace de déclaration d'arrêt de travail en ligne, accessible depuis votre espace client, vous devez nous communiquer :

- une copie de l'avis d'arrêt de travail initial, de prolongation ou de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique ;
- si vous êtes travailleur non salarié, une copie de l'extrait du Registre du commerce, antérieure à la date d'arrêt de travail et datant de moins de 3 mois ;
- si vous êtes conjoint collaborateur, une copie du document d'inscription au Registre du commerce et des sociétés, au Répertoire des métiers ou au Centre de formalités des entreprises, précisant votre statut et datant de moins de 3 mois.

Si vous déclarez votre arrêt par courrier, vous devez nous faire parvenir en plus la déclaration de sinistre que nous vous fournissons, à compléter et à faire remplir par votre médecin traitant.

Si votre incapacité temporaire totale est liée à une hospitalisation, il conviendra de fournir en complément les pièces indiquées au présent chapitre, paragraphe I.6.

2. En cas d'invalidité

- Un certificat médical détaillé attestant votre état d'invalidité ou la notification d'invalidité de votre 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 vous fournissons, à compléter et à faire remplir par votre médecin traitant ;
- si vous êtes travailleur non salarié, une copie de l'extrait du Registre du commerce, antérieur à la date d'arrêt de travail et datant de moins de 3 mois ;
- si vous êtes conjoint collaborateur, une copie du document d'inscription au Registre du commerce et des sociétés, au Répertoire des métiers ou au Centre de formalités des entreprises, précisant votre statut et datant de moins de 3 mois.

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 ;
- un justificatif de l'état civil (carte nationale d'identité, passeport) et de la qualité de bénéficiaire (livret de famille...), un acte de notoriété ou tout document certifiant de manière officielle le nombre d'héritiers de l'assuré et leur qualité.



Au moment du décès, si votre adhésion au Contrat a plus d'un an d'ancienneté, votre bénéficiaire, à condition qu'il soit votre conjoint ou, pour tout autre bénéficiaire, qu'il soit la seule personne désignée, peut demander une avance sur le règlement du capital décès. Le montant de cette avance ne pourra pas excéder 30 % du montant du capital décès dans la limite de 5 000 euros.

Cette avance sera versée à votre bénéficiaire dans un délai de 5 jours à compter de la réception des pièces justificatives suivantes :

- l'extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
- le certificat médical post mortem ;
- un justificatif de l'état civil (carte nationale d'identité, passeport) et de la qualité de bénéficiaire (livret de famille...) ;
- un relevé d'identité bancaire (IBAN/BIC).



a. Pour la Rente de conjoint

- Un extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un ;
- un document justifiant de l'état-civil du bénéficiaire et éventuellement un acte de notoriété.

b. Pour la Rente éducation

- Un extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un ;
- un document justifiant de l'état-civil du ou des bénéficiaires et éventuellement un acte de notoriété ;
- les documents exigés par la réglementation fiscale avant le règlement à chaque bénéficiaire de la rente ;
- une déclaration sur l'honneur du ou des bénéficiaires ou du représentant légal indiquant qu'ils répondent à la définition d'enfants fiscalement à la charge de l'assuré au moment du décès ;
- un certificat de scolarité pour le ou les enfants bénéficiaires de plus de 18 ans.

c. Pour la garantie Double effet familial

- Un extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un ;
- un document justifiant de l'état-civil de l'assuré du nouveau contrat créé par la garantie et éventuellement un acte de notoriété ;
- votre dernier avis d'imposition et celui de l'assuré du nouveau contrat ;
- une déclaration sur l'honneur de l'assuré du nouveau contrat indiquant que le ou les enfants bénéficiaires du nouveau contrat répondent bien à la définition d'enfants à la charge fiscale de cet assuré.

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

- Le certificat médical descriptif attestant que vous êtes 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.

Vous devez également fournir toutes les pièces justificatives associées aux garanties Rente de conjoint et Rente éducation (hors acte de décès), citées ci-dessus, si ces dernières ont été souscrites.

5. En cas de maladie redoutée

- Votre certificat médical descriptif indiquant la cause et la nature de la maladie ;
- votre déclaration de sinistre que nous vous fournissons, à compléter et à faire remplir par votre médecin traitant.

6. En cas d'hospitalisation

- Le bulletin de situation ou d'hospitalisation de l'établissement hospitalier où vous êtes ou avez été hospitalisé, indiquant le ou les services dans lesquels vous séjournez ou avez séjourné, le numéro FINESS de l'établissement hospitalier et le code DMT (Discipline Médico-Tarifaire) ;
- le ou les comptes-rendus d'hospitalisation associés à votre hospitalisation ;
- un certificat médical indiquant le motif de l'hospitalisation ;
- lorsque vous êtes hospitalisé en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), le document qui motive le séjour :
 - le compte-rendu d'hospitalisation s'il y a transfert entre établissements pendant votre hospitalisation,
 - sinon, le certificat médical détaillé du médecin motivant l'hospitalisation et mentionnant l'état clinique actuel, les traitements suivis antérieurs, actuels et envisagés, accompagné des résultats des derniers bilans biologiques et morphologiques.

En cas d'hospitalisation à domicile, vous devez également nous fournir le document médical justifiant l'admission en hospitalisation à domicile (courrier du médecin traitant, courrier de sortie de l'hospitalisation précédente en cas de transfert en hospitalisation à domicile).

II. À propos de votre déclaration de sinistre

Dès que vous 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 de votre sinistre.

1. Cas du décès

La déclaration de sinistre à la suite de votre décès doit être faite au plus tôt par vos proches.



2. Cas de l'incapacité temporaire totale

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

Dans le contraire, notre prise en charge interviendra à compter de la réception de votre 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.

Vous devez également nous déclarer sans délai la reprise de votre activité professionnelle, même partielle.

III. Le contrôle médical

Vous devez nous fournir toute pièce justificative et vous prêter à toute expertise ou à tout examen que nous demandons. Quelle que soit votre situation, les médecins experts désignés par nos soins doivent pouvoir constater votre état de santé à tout moment.

En cas de refus de vous 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 votre incapacité et invalidité. Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé ne nous sont donc pas opposables.

Si vous résidez 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 vous engagez pour vous y rendre restent à votre charge.

Arbitrage

En cas de désaccord médical entre notre médecin et votre médecin, 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, Guyane française, La Réunion, Martinique, Mayotte.

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



Qui bénéficie des prestations ?

Vous devez désigner votre ou vos bénéficiaires lors de votre adhésion au Contrat et pouvez par la suite modifier votre choix en cours d'exécution de votre adhésion dans les conditions précisées ci-après.

I. En cas de décès

1. Garantie Décès toutes causes et garantie Décès accident

La désignation de bénéficiaires se fait - à votre convenance - soit en optant pour la clause standard, soit en rédigeant une clause particulière.

Si vous optez pour la clause standard, le ou les bénéficiaires de la garantie Décès toutes causes ou de la garantie Décès accident sont **votre conjoint non séparé de corps, à défaut vos enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants, aux survivants desdits enfants, à défaut vos héritiers.**

La clause bénéficiaire peut faire l'objet notamment d'un acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel) ou d'un acte authentique (acte qui fait intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple).

Si vous avez besoin d'aide pour la rédaction de votre clause ou les modalités décrites ci-dessus, votre conseiller est à votre écoute.

Dans le cas d'une désignation particulière, par exemple celle d'un concubin (qui n'est pas assimilé à un conjoint et qui ne peut pas être désigné par sa qualité), il est recommandé de préciser avec exactitude les noms, prénoms, dates et lieux de naissance, noms de jeune fille et coordonnées du ou des bénéficiaires que vous désignez. Nous utilisons ces informations en cas de décès pour la recherche de votre ou vos bénéficiaires.

À tout moment, si la clause bénéficiaire n'est plus appropriée, vous avez la faculté de la modifier par voie d'avenant. Cependant, si votre bénéficiaire accepte le bénéfice de votre adhésion de votre vivant, cette désignation devient irrévocable. Toutefois, il existe des cas de révocation du bénéficiaire légalement permis.

Quand et comment se fait l'acceptation de la désignation ?

Cette acceptation ne peut se faire qu'une fois le délai de renonciation de 30 jours arrivé à son terme (voir le chapitre « Les informations générales », paragraphe I).

Dans ce cas, l'acceptation du bénéfice de l'adhésion à titre gratuit s'effectue par écrit (article L132-9 du Code des assurances) :

- soit par un avenant signé par vous, nous et votre bénéficiaire ;
- soit par un acte sous seing privé signé par vous et votre bénéficiaire qui nous est notifié.

2. Garantie Rente de conjoint

Le bénéficiaire de la garantie Rente de conjoint est la personne que vous désignez pour percevoir les prestations liées à cette garantie. Elle est mentionnée sur votre Bulletin d'adhésion ou sur l'avenant relatif à cette garantie en vigueur à la date de votre décès.

3. Garantie Rente éducation

Les bénéficiaires de la Rente éducation sont le ou les enfants que vous désignez pour percevoir les prestations liées à cette garantie. Ils sont mentionnés sur votre Bulletin d'adhésion ou sur l'avenant à cette garantie en vigueur à la date de votre décès.

4. Garantie Double effet familial

Le bénéficiaire de la garantie Double effet familial, qui prendra le rôle d'assuré du nouveau contrat créé par la garantie au moment de votre décès, est la personne qui aura la charge fiscale d'enfants de moins de 26 ans à la suite de votre décès. Cette définition est détaillée au chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition », paragraphe II.6.

5. Revalorisation des capitaux décès

Les capitaux décès dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants (article L132-5 du Code des assurances) :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.



Cette revalorisation est calculée prorata temporis à compter du décès et jusqu'au jour du règlement du capital.

Le règlement du capital aux bénéficiaires désignés est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces.

Le décès de l'assuré met fin à l'adhésion.

6. Transfert à la Caisse des dépôts et consignations

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 (article L132-27-2 du Code des assurances).

Ce dépôt s'effectue à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de notre prise de connaissance du décès de l'assuré. Six mois avant, nous informons les bénéficiaires de ce transfert. Durant 20 ans à compter de ce transfert, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de la Caisse des dépôts et consignations pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'État.

7. La revalorisation du montant des rentes en cours de service

Cette revalorisation concerne les rentes viagères en cas de décès (capital décès versé sous forme de rente), les rentes de conjoint, les rentes éducation et les rentes d'invalidité.

Un compte de revalorisation est établi chaque année pour l'ensemble des rentes issues de la prévoyance (hors contrats collectifs souscrits par des entreprises) que nous versons, comme le prévoit la réglementation. Nous fixons le taux de revalorisation des rentes, en fonction du solde de ce compte, comportant les résultats techniques et financiers de l'exercice. L'ANCRE en est alors informée.

Le montant de la rente est augmenté en appliquant le taux de revalorisation tous les ans.

Cette augmentation est effective à partir du premier règlement de la rente suivant le 1^{er} janvier de l'année concernée.

II. En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Le bénéficiaire en cas de PTIA est :

- au titre des garanties Décès toutes causes ou Décès accident : vous ;
- au titre de la garantie Rente de conjoint : votre bénéficiaire désigné en cas de décès pour la garantie Rente de conjoint ;
- au titre de la garantie Rente éducation : votre ou vos bénéficiaires désignés en cas de décès pour la garantie Rente éducation.

III. En cas d'incapacité, d'invalidité, de survenance d'une maladie redoutée et d'hospitalisation

Vous êtes le bénéficiaire des garanties.



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 ;
- votre âge ;
- l'âge de votre ou vos bénéficiaires pour les garanties Rente de conjoint et Rente éducation ;
- votre statut de fumeur ou de non-fumeur. Sont considérées comme fumeurs les personnes ayant fumé, y compris des cigarettes électroniques, au cours des 24 mois précédant la date de signature de l'acceptation de l'offre d'adhésion (ou de la demande d'adhésion, le cas échéant) ;
- votre activité professionnelle ;
- votre lieu de résidence ;
- 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 votre état de santé (article 6 de la loi Evin).

1. Votre âge

Les cotisations évoluent à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de votre âge atteint à cette date.



Pour la garantie Rente de conjoint, le calcul de vos cotisations dépend de la date de naissance de votre bénéficiaire. En cas de changement de votre situation (mariage, séparation...), les cotisations que vous avez versées avant la réception de l'information de ce changement par notre Centre de Solutions Client ne sont pas remboursées.

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 %. Les rentes en cours de service ne sont pas concernées par cette indexation.

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

Les 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 V.

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 personnelle

En cours d'adhésion, vous 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.

Ces circonstances nouvelles sont les suivantes :

- fumer, même occasionnellement, si l'assuré avait déclaré être non-fumeur à l'adhésion ;
- changer de profession ou de statut professionnel (en passant de travailleur non salarié à salarié, ou en perdant le statut de conjoint collaborateur par exemple) ;
- cesser votre activité ou faire valoir vos droits à la retraite, même partiellement, si tel n'était pas le cas à l'adhésion ;
- reprendre votre 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 à l'étranger, votre adhésion prend fin.**

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.



Pour une bonne gestion de votre adhésion, pensez à nous signaler tout changement de vos coordonnées bancaires.



Les informations générales

I. La faculté de renonciation

1. Votre droit à renoncer à votre adhésion

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au Contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle nous vous informons que cette adhésion est conclue. Cette date correspond à la date à laquelle vous signez le Bulletin d'adhésion et, au plus tard, à la date de présentation de la lettre recommandée avec avis de réception que nous vous envoyons si nous n'avons pas reçu votre Bulletin d'adhésion signé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée au Centre de Solutions Client dont l'adresse est : Centre de Solutions Client Vie - TSA 81003 - 67018 Strasbourg Cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre proposé ci-dessous ou dans votre offre d'adhésion (ou dans votre demande d'adhésion le cas échéant). À réception de votre lettre recommandée, nous mettons fin à votre adhésion et toutes ses garanties et options.

Nous vous remboursons alors la cotisation versée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de votre lettre, déduction faite de la part de cotisation correspondant à la période du risque assuré pour les garanties de prévoyance.

Modèle de lettre-type de renonciation

« Je soussigné M demeurant renonce à mon adhésion N° au Contrat dénommé Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié souscrit par l'ANCRE auprès d'Allianz et demande le remboursement de ma cotisation de euros.

Date Signature »

En outre, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. La demande de renonciation peut prendre la forme du modèle de lettre prévu ci dessus.

2. Dans le cas d'une vente à distance

L'adhésion au Contrat peut s'effectuer à distance par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (téléphone, internet, courrier).

En cas d'adhésion à distance, l'ordonnance du 6 Juin 2005 et les articles L112-2-1 et R112-4 du Code des assurances sont applicables. Les informations ci-dessous concernent l'adhérent, personne physique domiciliée fiscalement en France, qui adhère au Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de vente à distance.

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par Allianz ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion de l'adhésion y compris.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent que lors de l'adhésion au Contrat et pour les adhésions se prorogeant tacitement chaque année.

Conformément à ces dispositions et aux informations qui vous ont été communiquées, il est précisé que :

- les deux contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative constituant le Contrat « Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié » sont souscrits par l'ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'ÉPARGNE (ANCRE) auprès d'Allianz Vie (1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex ; société anonyme au capital de 681 879 255 euros ; 340 234 962 RCS Nanterre) ;
- le montant de la cotisation d'assurance, sous réserve d'acceptation médicale, financière, professionnelle et sportive, le cas échéant, figurent dans l'offre d'adhésion (ou dans la demande d'adhésion, le cas échéant) ;
- la date de commencement d'exécution de l'adhésion figure sur le Bulletin d'adhésion. L'adhésion est conclue pour une durée d'un an à compter de la date figurant sur le Bulletin d'adhésion. Elle sera ensuite renouvelée par tacite reconduction chaque année à la date d'échéance annuelle fixée ;
- les garanties, limitations et exclusions ainsi que les modalités d'examen des réclamations éventuelles sont mentionnées dans la présente Notice d'information concernant l'offre proposée ;



- l'adhésion au Contrat est conclue, dès lors que l'adhérent l'aura signée (électroniquement ou manuellement). Elle peut être résiliée par l'adhérent ou par la Compagnie selon les modalités et conditions prévues dans la présente Notice d'information ;
- le Contrat « Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié », établi en langue française et régi par le Code des assurances. L'ensemble des documents qui seront échangés en cours d'exécution de l'adhésion sera exprimé en langue française ;
- l'adhérent dispose d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus qui commencent à courir, soit à compter du jour de l'adhésion à distance au Contrat, soit à compter du jour de la réception de son Bulletin d'adhésion si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ;
- cependant, ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation ;
- les adhésions pour lesquelles s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans l'accord de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent a demandé le commencement de l'exécution de son adhésion avant l'expiration du délai de renonciation, et qu'il use de son droit à renonciation, il devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert ;
- pour faciliter l'exercice de son droit de renonciation, l'adhérent trouvera, ci-après, un modèle de lettre type. Cette lettre doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse du Centre de Solutions Client indiquée sur la présente Notice d'information.

Modèle de lettre-type de renonciation

« Je soussigné M demeurant renonce à mon adhésion N° au Contrat dénommé Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié souscrit par l'ANCRE auprès d'Allianz et demande le remboursement de ma cotisation de euros.

Date Signature »

- les frais afférents aux techniques de communication à distance sont à la charge de l'adhérent. Ainsi, il supporte les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques et le coût des connexions Internet qui ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

II. Le service e-courrier

1. Le service e-courrier : vos documents dans votre espace client

En communiquant à Allianz et/ou à votre conseiller votre adresse e-mail ou votre numéro de téléphone au moment de votre adhésion (ou par la suite), vous bénéficiez automatiquement du service e-courrier d'Allianz.

Sauf si vous exprimez votre refus auprès d'Allianz ou de votre conseiller, ces derniers utilisent votre adresse e-mail ou votre numéro de téléphone pour vous informer de la disponibilité des courriers de gestion ou d'information liés à votre adhésion dans votre espace client.

Ce service vous est réservé en tant que client Allianz, adhérent à ce contrat d'assurance et abonné à l'espace client du site www.allianz.fr.

2. Les définitions des termes utiles

Espace client : c'est votre espace personnel sur allianz.fr. Pour vous y rendre, il suffit de vous connecter au site www.allianz.fr, puis de saisir votre identifiant personnel et votre code confidentiel.

Service : c'est le terme qui désigne la communication par Allianz de e-courriers qui vous sont adressés via votre espace client à la suite d'un message d'alerte adressé via courriel ou par SMS... Selon votre contrat ou adhésion, les fonctionnalités de ce service peuvent varier.

E-courriers : ce sont des courriers électroniques qu'Allianz vous adresse, concernant la gestion et le suivi de vos contrats et adhésions chez Allianz. Ces courriers incluent ceux que l'association ANCRE est amenée à vous adresser au titre de votre adhésion et dont elle nous a confié la tâche de vous les communiquer.

Tous ces courriers électroniques sont facilement accessibles depuis votre espace client. Attention toutefois, certains des documents d'information et de gestion de votre adhésion ne peuvent pas vous être adressés par e-courrier.

3. Comment fonctionne notre service e-courrier ?

Notre service vous offre la possibilité de consulter, télécharger, sauvegarder et imprimer vos e-courriers.

Pour accéder à notre service, il vous suffit de vous rendre dans votre espace client après avoir saisi votre identifiant et votre code confidentiel dont vous êtes réputé être le seul titulaire. L'utilisation de l'un et l'autre prouvent que la connexion à l'espace client et l'utilisation du service sont réalisées par vous ; vous les utilisez sous votre contrôle et responsabilité.



L'accès et l'utilisation de ce service supposent que l'adresse e-mail et le numéro de téléphone indiqués dans votre espace client sont valides. L'un et l'autre nous servent en effet à vous informer de l'arrivée d'un nouvel e-courrier (via un courriel, un SMS ou une alerte via tout autre moyen de communication électronique), ce que vous acceptez.

N'oubliez pas de modifier ou d'actualiser ces informations en cas de changement. Nous ne pourrions être tenus responsables de l'utilisation d'une adresse e-mail ou d'un numéro de téléphone non valides.

L'accès à votre espace client et l'utilisation du service nécessitent des logiciels à jour pour la navigation sur internet, l'ouverture et la lecture de vos e-courriers, installés sur votre ordinateur, tablette ou smartphone.

4. Quelle est la durée du service e-courrier ?

Le service est à durée indéterminée.

5. Comment résilier le service e-courrier ?

Vous pouvez, à tout moment, vous désinscrire via votre espace client. Vos documents en ligne resteront alors accessibles et consultables pendant une durée adaptée à leur finalité et au minimum 5 ans à compter de la fin de la relation contractuelle pour vos documents contractuels.

Vous ne recevrez plus de e-courrier 7 jours après avoir résilié le service. Les documents vous seront alors adressés sous format papier à la dernière adresse postale connue d'Allianz.

De même, la résiliation de l'un des contrats/adhésions, à votre initiative ou à celle d'Allianz, met fin au service et entraîne les conséquences décrites ci-dessus.

Vous pouvez à tout moment choisir de bénéficier à nouveau du service e-courrier si vous avez un contrat ou une adhésion en cours chez Allianz.

Toutefois, s'il n'existe plus de contrat ou d'adhésion en cours et actif(ve) dans votre espace client, vous pourrez accéder au service et consulter vos documents en ligne pendant une durée adaptée à leur finalité et au minimum 5 ans à compter de la fin de la relation contractuelle pour vos documents contractuels. Cette consultation se fera via un lien contenu dans un courriel d'alerte que nous vous adresserons lors de la résiliation effective ou la cessation de votre dernier contrat ou dernière adhésion. Une fois la durée de consultation de 5 ans écoulée, le contenu de votre espace client sera effacé. Les éventuels courriers postérieurs à la résiliation ou à la cessation de votre dernier contrat ou dernière adhésion d'assurance pour lequel ou laquelle vous bénéficiez du service, vous seront alors adressés sous format papier à la dernière adresse postale connue d'Allianz.

Dans tous les cas, nous vous conseillons de sauvegarder et/ou imprimer les documents que vous souhaiteriez conserver au moment de votre désinscription ou avant que votre espace client ne soit définitivement fermé.

6. Convention de preuve

En raison des limites de confidentialité des courriels et de leurs pièces jointes, vous et Allianz convenez que toute communication d'informations contenues dans les e-courriers, liés à la gestion et au suivi des adhésions ou contrats souscrits auprès d'Allianz, s'effectuera via l'Espace Client. L'objectif de ce dernier est de garantir la sécurisation et la confidentialité du contenu des communications que nous vous transmettons.

Vous êtes informé que des informations vous ont été communiquées par e-courriers et sont disponibles dans votre espace client par des alertes effectuées via message électronique, SMS ou tout autre moyen de communication électronique et dans les conditions prévues au présent chapitre, paragraphe II.3. À ce titre, vous acceptez ce mode de transmission et reconnaissez qu'il constitue, en droit et en fait, communication et remise desdites informations.

Lorsque ces e-courriers font courir un délai pour l'exercice d'un droit ou d'une faculté à votre profit ou à votre rencontre, vous et Allianz convenez que le point de départ de ce délai est la date à laquelle l'e-courrier est accessible via l'Espace Client et dont vous avez été informé dans les conditions prévues au présent chapitre, paragraphe II.3. Cette date figure dans l'Espace Client en lien avec le document en ligne en question.

Vous et Allianz convenez que les e-courriers accessibles via l'Espace Client ont, quant à leur existence et leur contenu, la même valeur probante qu'un courrier papier. Vous disposez, en tout état de cause, du droit d'administrer la preuve contraire.

Vous et Allianz êtes susceptibles de produire les e-courriers, en tant que preuve en cas de litiges, y compris dans ceux qui nous opposent.

7. Le stockage de vos e-courriers

Tous vos e-courriers sont conservés dans les systèmes informatiques hébergés auprès d'Allianz Informatique à cette adresse : GIE - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris la Défense Cedex (723 000 642 RCS Nanterre).

III. 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.



IV. 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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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 IV.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.

V. 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.

VI. 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 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 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.

VII. 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.



VIII. La subrogation

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

IX. La participation aux bénéfices techniques et financiers

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

X. 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).

XI. 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.

XII. 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.

XIII. 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 précités.

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.

XIV. 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 de votre sinistre, comme décrit dans le chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition », paragraphe IV.

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 c�r�ne avec conséquences fonctionnelles	de 15 à 100 %
Yeux et oreilles	– Perte totale d'un �il	80 %
	– Diminution de l'acuité visuelle d'un �il 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 supérieur 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 %	
	– Paralyse complète du circonflexe	80 %	
	– Paralyse complète du cubital au coude	85 %	
	– Paralyse complète du cubital au poignet	65 %	
	– Ankylose du poignet avec ankylose des doigts	100 %	
Mains		Main dominante	Autre main
	– Paralyse 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 %	
	– Paralyse complète du tronc du nerf sciatique	65 %	
	– Paralyse du nerf crural	55 %	
	– Paralyse du nerf sciatique poplité externe (SPC)	40 %	
	– Paralyse du nerf sciatique poplité interne (SPI)	30 %	
	– Paralyse 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 votre part ou de celle de vos bénéficiaires 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, vous pouvez 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 vos bénéficiaires 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 vos bénéficiaires 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

Personne physique, membre de l'association ANCRE, ayant signé l'acceptation de l'offre d'adhésion (ou la demande d'adhésion le cas échéant) au Contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié. Dans le cadre de l'adhésion au Contrat, l'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne.

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 ayant signé l'acceptation de l'offre d'adhésion (ou la demande d'adhésion le cas échéant) au Contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié en sa qualité de travailleur non salarié répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties choisies. Dans le cadre de l'adhésion, l'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne.

Avenant

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

Bénéficiaire

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



Bulletin d'adhésion

Document, adressé à l'adhérent, définissant précisément les engagements pris entre l'assureur et l'adhérent en fonction des choix exprimés par l'adhérent sur l'offre d'adhésion (ou la demande d'adhésion le cas échéant). Ce document complète et personnalise les conditions générales définies dans la Notice d'information remise à l'adhérent, dont il 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, ajournement, exclusions de garanties, surprime ou application d'un risque aggravé et requérant l'accord écrit de l'assuré sur ces conditions particulières émises par l'assureur dans le Bulletin d'adhésion. Le cas échéant, le document « Conditions particulières - bon pour accord » traitant des exclusions médicales ainsi que les documents présentant les majorations tarifaires appliqués à l'adhésion, tous signés par l'assuré pour acceptation, viennent compléter le Bulletin d'adhésion.

Centre de Solutions Client

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

Conjoint

Conjoint de l'assuré marié, à défaut le partenaire lié à l'assuré par le Pacte Civil de Solidarité. Cette définition s'applique aux clauses bénéficiaires des garanties Décès toutes causes et Décès accident. Le concubin n'est pas assimilé au conjoint ou au partenaire de PACS. Le cas du concubinage est précisé au chapitre « Qui bénéficie des prestations ? », paragraphe I.

Conjoint collaborateur

Conjoint non salarié, qui apporte une collaboration effective au travailleur non salarié et est officiellement déclaré « conjoint collaborateur » par tout document officiel tel que Kbis ou extrait d'Assemblée Générale. Le statut de conjoint collaborateur ne peut pas excéder 5 ans.

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'assuré à l'assureur pour garantir le versement des prestations. 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 - Maladies redoutées

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.

Enfant fiscalement à charge

Est fiscalement à charge d'une personne un enfant :

- s'il est rattaché au foyer fiscal de cette personne ;
- ou si la personne lui verse une pension alimentaire déclarée au titre de son imposition sur les revenus.

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.

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. Pour la seule garantie Hospitalisation, cette définition est modifiée pour le chapitre « Le détail des garanties et options à votre disposition », paragraphe V.3.

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...).

Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)

Terme utilisé pour désigner les activités aiguës de courte durée réalisées dans les établissements de santé, en hospitalisation (avec ou sans hébergement) ou en consultations externes.

Les établissements MCO pratiquent des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique ainsi que des activités de cancérologie. Ils proposent des prises en charge à temps complet ou des services ambulatoires.

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.

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 et/ou son hospitalisation et/ou sa maladie redoutée.

Séjour en soins de suite et réadaptation (SSR)

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Sinistre

Réalisation d'un événement couvert au titre de l'adhésion au Contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié 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

Travailleur Non Salarié



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/infopj
--	--

Pour déclarer votre litige

Sur internet	www.allianz.fr/infopj
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/infopj
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 Travailleur Non Salarié ou au contrat Allianz Prévoyance.

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 des bénéficiaires en cas de décès du contrat Allianz Prévoyance TNS.



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 aux Contrats « Allianz Prévoyance » ou « Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié » 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).

Exclusions

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 (ex : 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 : • 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, 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 présent chapitre, paragraphe V.

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 prendrons en charge les frais et honoraires de votre avocat dans la limite de ce qui est prévu au présent chapitre, paragraphe V.

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

Travailleur Non Salarié



Sommaire

Pour nous contacter	2
Qu'est-ce qui est assuré ?	3
I. Quelle est la validité de votre Convention ?	3
II. Quels évènements sont garantis ?	3
III. Prestations et plafonds	3
IV. Définition des prestations	7
V. Limites de nos interventions	22
VI. Exclusions	23
Dispositions communes	24
I. Responsabilité	24
II. Prescription	24
III. Modalités d'examen des réclamations	25
IV. Compétence juridictionnelle	26
V. Protection des données à caractère personnel	26
VI. Autorité de contrôle	26
VII. Loi applicable - langue utilisée	26
Déclaration de confidentialité	27
Lexique	30
I. Définitions des termes utilisés	30
II. Définition des évènements garantis	31



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)	

Accès à votre espace personnel d'assistance santé : <https://www.allyzassist.com/fr>

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

- le nom Allianz Prévoyance TNS et le numéro du contrat souscrit ;
- le numéro du protocole d'assistance : 921547 ;
- les nom et prénom du bénéficiaire ;
- 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.



Qu'est-ce qui est assuré ?

La présente Convention d'assistance (ci-après « Convention ») est un contrat d'assurance aide au quotidien qui prévoit des prestations d'assistance lorsque survient un évènement garanti tel que défini au lexique en fin de document.

Les prestations prévues par la Convention s'appliquent à vous et aux membres de votre famille résidant à la même adresse.

I. Quelle est la validité de votre Convention ?

1. Validité territoriale

Notre assistance est délivrée lorsque l'évènement garanti survient :

- en France,
- hors de France, pendant les 90 premiers jours de votre déplacement, à l'exclusion des Pays non couverts.

2. Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pour les évènements survenus pendant la durée de validité de l'adhésion au contrat Allianz Prévoyance TNS liant Allianz Vie et le bénéficiaire et de l'accord liant Allianz Vie et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

II. Quels évènements sont garantis ?

- Affection de longue durée ;
- Décès ;
- Dépendance ;
- Détresse psychologique ;
- Hospitalisation ;
- Immobilisation ;
- Incapacité permanente ;
- Incapacité temporaire ;
- Invalidité.

Veuillez consulter le lexique en fin de document pour connaître les définitions des évènements garantis.

III. Prestations et plafonds

Vous êtes garanti par votre Convention dans la limite de certains plafonds. Les prestations de services telles que décrites aux paragraphes Aide à Domicile et Transports des proches ouvrent droit à une enveloppe de service unique. Les prestations fournies et leurs plafonds sont présentés dans les tableaux suivants :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Aide à domicile		
Évaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimitée	Hospitalisation avec 1 nuitée ou durée d'immobilisation à domicile au moins égale à 5 jours : l'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours suivant la sortie de l'hospitalisation ou le début de l'immobilisation à domicile.
	Illimitée	Affection de longue durée, invalidité, incapacité permanente ou incapacité temporaire : l'enveloppe de services doit être activée au plus tard 30 jours après l'entrée en affection de longue durée, en invalidité, en incapacité permanente ou en incapacité temporaire.
	Illimitée	Dépendance d'un membre de la famille : l'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 6 mois suivant l'entrée en dépendance.



Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Enveloppe de services	400 € maximum	Hospitalisation avec 1 nuitée . Limitée à 1 fois par période d'assurance.
	400 € maximum	Immobilisation de 5 jours . Limitée à 1 fois par période d'assurance.
	500 € maximum	Affection de longue durée, invalidité, incapacité permanente ou incapacité temporaire. Limitée à 1 fois par période d'assurance.
	400 € maximum	Dépendance d'un membre de la famille. Limitée à 1 fois par membre de la famille aidé.
Soutien scolaire	10 heures maximum par semaine et par enfant	En cas d'affection de longue durée ou d'invalidité ou d'incapacité permanente ou d'incapacité temporaire du bénéficiaire ou de son conjoint. Limitée à 2 fois par période d'assurance.
Enseignement à domicile	15 heures maximum par semaine	En cas d'immobilisation de l'enfant entraînant une absence scolaire supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.
Livraison de médicaments	100 € maximum (frais de livraison). Le coût des médicaments reste à la charge des bénéficiaires.	En cas d'immobilisation de plus de 7 jours , d'hospitalisation, d'affection de longue durée, d'invalidité, d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente, de décès. Limitée à 1 fois par évènement couvert.
Services à la personne		
Services à la personne	Mise en relation sans prise en charge. Prestation rendue par téléphone exclusivement.	À tout moment dès l'adhésion.
Transport des proches		
Évaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Consultation téléphonique illimitée.	Hospitalisation avec 1 nuitée ou durée d'immobilisation à domicile au moins égale à 5 jours : l'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours suivant la sortie de l'hospitalisation ou le début de l'immobilisation à domicile.
	Consultation téléphonique illimitée.	Affection de longue durée, invalidité, incapacité permanente ou incapacité temporaire : l'enveloppe de services doit être activée au plus tard 30 jours après l'entrée en affection de longue durée, en invalidité, en incapacité permanente ou en incapacité temporaire.
	Consultation téléphonique illimitée.	Dépendance d'un membre de la famille : l'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 6 mois suivant l'entrée en dépendance.
Enveloppe de services	400 € maximum	Hospitalisation avec 1 nuitée . Limitée à 1 fois par période d'assurance.
	400 € maximum	Immobilisation de 5 jours . Limitée à 1 fois par période d'assurance.
	500 € maximum	Affection de longue durée, invalidité, incapacité permanente ou incapacité temporaire. Limitée à 1 fois par période d'assurance.
	400 € maximum	Dépendance d'un membre de la famille. Limitée à 1 fois par membre de la famille aidé.
Adaptation du logement		
Assistance à l'aménagement du domicile	Audit réalisé ou mandaté par nous.	En cas d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente, d'invalidité ou de dépendance. L'audit de l'habitat est réalisé 1 fois par évènement garanti. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du bénéficiaire.



Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Livraison et installation du matériel médical	100 € maximum par an et par bénéficiaire.	En cas d'immobilisation à domicile au moins égale à 5 jours , d'affection de longue durée, d'invalidité, d'incapacité temporaire supérieure à 3 mois , d'incapacité permanente ou de dépendance. Le prestataire assure l'installation du matériel au domicile ainsi que le service après-vente. Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou email. Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du bénéficiaire.
Conseils sociaux		
Conseil social	Consultation téléphonique illimitée.	À tout moment dès l'adhésion.
Accompagnement social	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par nous. Prestation réalisée par téléphone.	En cas d'immobilisation de plus de 3 mois , d'incapacité temporaire de plus de 3 mois , d'incapacité permanente, d'invalidité ou de dépendance. Le bilan de vie et le plan d'aide sont réalisés 1 fois par événement garanti.
Conseils en matière de transfert dans un centre de soins	La liste des établissements peut être communiquée par téléphone.	En cas d'immobilisation de plus de 3 mois , d'incapacité temporaire de plus de 3 mois , d'incapacité permanente, d'invalidité ou de dépendance. Possibilité de visites de maisons d'accueil à hauteur de 60 € par aller/retour par visite. Limitée à 3 visites par événement garanti.
Soutien aux aidants en cas de dépendance d'un membre de la famille dépendant		
Plan d'aide adapté	Consultation téléphonique illimitée.	À tout moment dès l'adhésion.
Apprentissage des gestes d'accompagnement d'un membre de la famille dépendant	Organisation et prise en charge. 3 heures de formation à domicile ainsi que des frais de déplacement du formateur.	Les prestations doivent être activées dans les 6 mois suivant l'entrée en dépendance du membre de la famille dépendant.
Préparation au rôle d'aidant	Prestation réalisée par téléphone.	Les prestations doivent être activées dans les 6 mois suivant l'entrée en dépendance du membre de la famille dépendant.
Orientation vers des groupes de discussion	Mise en relation sans prise en charge. Prestation réalisée par téléphone.	
Aide à domicile ou solution d'hébergement temporaire pour le membre de la famille en état de dépendance	Organisation et prise en charge, en fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux des prestataires : – d'un(e) aide à domicile auprès de la personne aidée ; - d'une solution d'hébergement temporaire dans un établissement approprié. Forfait de 200 € .	La prise en charge est limitée à 1 fois par personne aidée et par période annuelle de garantie.
Prévention		
Mon coach Bien-Être	Accès illimité au site web durant la durée du programme. 4 entretiens téléphoniques par programme avec un expert.	À tout moment de l'adhésion. La prise en charge est limitée à 1 formation pour chaque bénéficiaire.
Formation aux gestes de premiers secours	Organisation et prise en charge.	Formation d'une journée, accessible à partir de l'âge de 10 ans, réalisée dans les locaux du prestataire. Les frais de déplacement dans les locaux du prestataire restent à la charge du bénéficiaire.
Aide psychologique		
Consultation psychologique	Consultation téléphonique : 3 consultations maximum par an et par bénéficiaire. Consultation en cabinet : remboursement de 12 consultations maximum par an et par bénéficiaire (80 € maximum par consultation).	À tout moment dès l'adhésion en cas de détresse psychologique. La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance. Elle est valable 1 fois par période annuelle de garantie.



Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Téléconsultation médicale		
Téléconsultation	Dans la limite de 5 téléconsultations maximum par période d'assurance, quel que soit le nombre de bénéficiaires.	En cas de problème de santé et d'indisponibilité du médecin traitant.
Information retraite et pension de réversion		
Information conseils retraite	Prestation réalisée par téléphone. Accès illimité.	À tout moment dès l'adhésion.
Estimation de la pension de réversion	Prestation réalisée par téléphone.	À tout moment dès l'adhésion. Limitée à 1 estimation au maximum.
Accompagnement au retour à l'activité professionnelle		
Services d'informations juridiques, administratives et pratiques	Consultation téléphonique illimitée.	À tout moment dès l'adhésion.
Évaluations et conseils personnels et professionnels	Prestation réalisée par téléphone.	En cas d'immobilisation de plus de 3 mois , d'affection de longue durée, d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente, d'invalidité ou de dépendance. 1 fois par évènement garanti.
Aide au retour à la vie professionnelle Ou Aide à la création ou reprise d'entreprise Ou Aide à la reconversion professionnelle	Prestation réalisée par téléphone.	En cas d'immobilisation de plus de 3 mois , d'affection de longue durée, d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente, d'invalidité ou de dépendance. 1 fois par évènement garanti.
Relooking, conseil en image	Coût de l'opération réalisée ou mandatée par nous. Forfait de 3 heures en présentiel ou à distance.	En cas d'immobilisation de plus de 3 mois , d'affection de longue durée, d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente, d'invalidité ou de dépendance. Prestation limitée à 1 atelier . Les frais de déplacement dans les locaux du prestataire restent à la charge du bénéficiaire.
Coaching au recrutement d'un salarié		
Aide à la qualification du besoin Aide à la préparation aux entretiens Coaching à la méthodologie de prise de décision	Dans la limite de 2 entretiens téléphoniques (2 heures au maximum par coaching).	En cas d'immobilisation de plus de 3 mois , d'affection de longue durée, d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente, d'invalidité ou de dépendance. Prestation à activer dans les 3 mois suivant l'évènement.
Téléassistance et alerte à distance		
Livraison et installation du matériel Entretien et restitution du matériel	Organisation et prise en charge. Assistance téléphonique pour la mise en place.	En cas de perte d'autonomie et de dépendance. Prise en charge des 6 premiers mois d'abonnement. Test récurrent du matériel. En cas d'anomalie nous vous envoyons un matériel de remplacement.
Transport en cas de décès		
Rapatriement du corps	Organisation et prise en charge. Transport du corps vers le lieu d'inhumation en France ou à l'étranger.	En cas de décès du bénéficiaire survenu en France à plus de 50 km du domicile ou à l'étranger.
Assistance à la famille pour les funérailles	Organisation et prise en charge. Transport d'un membre de la famille ou d'un autre bénéficiaire vers le lieu des funérailles.	En cas de décès du bénéficiaire et à condition que l'inhumation ait lieu à l'étranger.
Frais funéraires	Remboursement des frais funéraires dans la limite de 1 500 € .	En cas de décès du bénéficiaire. 1 prestation par an.
Identification du corps	Organisation et prise en charge. Transport d'un membre de la famille et remboursement des frais d'hébergement pour un membre de la famille ou d'un autre bénéficiaire dans la limite de 4 nuits maximum (100 € maximum par nuit).	En cas de décès du bénéficiaire survenu en France à plus de 100 km du domicile ou à l'étranger. 1 prestation par an.
Assistance en cas de décès		
Évaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Consultation téléphonique illimitée.	En cas de décès du bénéficiaire.
Enveloppe de services	800 € maximum	En cas de décès du bénéficiaire.
Formalités administratives	Consultation téléphonique illimitée.	En cas de décès du bénéficiaire.



Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Organisation des funérailles	Organisation et prise en charge. Coordination des funérailles et garde d'animaux de compagnie dans la limite de 300 € .	En cas de décès du bénéficiaire.
Accompagnement social	Consultation téléphonique illimitée.	En cas de décès du bénéficiaire.
Évaluation immobilière	Mise en relation avec un prestataire spécialisé.	En cas de décès du bénéficiaire. Prestation valable uniquement pour les locaux professionnels . 1 prestation par événement garanti. Les frais restent à la charge de la famille du bénéficiaire.
Orientation emploi jeunes		
Service d'information sur l'orientation scolaire et/ou professionnelle	Consultation téléphonique illimitée.	Pour le jeune et ses parents.
Service de conseils sur l'orientation scolaire et/ou professionnelle	2 entretiens conseils maximum.	Pour les parents.
Bilan d'orientation Suivi d'un éventuel bilan d'orientation approfondi avec validation du projet d'orientation professionnel	Coût de la prestation réalisée ou mandatée par nous. Prestation réalisée par téléphone.	Pour le jeune. 1 prestation par an. Accompagnement limité à une durée de 6 mois .
Soutien familial en cas de décès		
Évaluations et conseils personnels et professionnels	Prestation réalisée par téléphone.	Pour le conjoint survivant suite au décès du bénéficiaire.
Aide au retour à la vie professionnelle Ou Aide à la création ou reprise d'entreprise	Prestation réalisée par téléphone.	Pour le conjoint survivant suite au décès du bénéficiaire. Les prestations doivent être activées dans les 3 mois suivant les obsèques. Accompagnement limité à une durée de 8 mois .
Transport pour le déménagement	Mise en relation avec une société de transport.	En cas de décès du bénéficiaire.
Enregistrement des dernières volontés		
Enregistrement, conservation et restitution des souhaits	Accès illimité au site web pendant la durée de validité de la Convention.	À tout moment dès l'adhésion. 1 enregistrement par bénéficiaire
Assistance juridique en France		
Information juridique	Consultation téléphonique illimitée.	À tout moment dès l'adhésion.

IV. Définition des prestations

Nous nous réservons le droit de vérifier l'éligibilité du bénéficiaire et la preuve de la survenance d'un événement garanti.

Lorsqu'une demande d'assistance nous est adressée, nous demandons les pièces justificatives nécessaires. Nous organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après, selon les conditions et dans les limites de celles relatives aux événements garantis indiquées dans les tableaux du présent chapitre, paragraphe III.

Lorsque le bénéficiaire fait appel à nous, les décisions relatives à la nature et au mode d'organisation des mesures à prendre nous appartiennent exclusivement.

La mise en œuvre des prestations est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de prestataires.

Remarque : les montants des garanties s'entendent toutes taxes comprises.

En cas de survenance d'un événement garanti, nous analysons la situation médico-sociale et socio-économique du bénéficiaire, évaluons ses besoins et lui proposons les solutions d'aide et de services adaptés ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services santé proposée (uniquement pour les prestations éligibles et citées dans le présent chapitre, paragraphes IV.1., IV.3. et IV.15.), soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

En cas d'événement médical garanti indiqué dans les tableaux du présent chapitre, paragraphe III., nous organisons et/ou prenons en charge les services choisis par le bénéficiaire parmi les services décrits ci-après.

Le délai de mise en place des services est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services peuvent être demandés en fonction des besoins, pendant la durée de l'événement garanti qui permet au bénéficiaire d'avoir droit au service.

Sur demande, nous pouvons fournir au bénéficiaire les coordonnées de tous les prestataires mentionnés ci-dessous. Le bénéficiaire prend dans ce cas tous les frais en charge.



Les prestations de services, telles que décrites au présent chapitre, paragraphe IV.1., IV.3. et IV.15., ouvrent droit selon les prestations à une enveloppe de service unique d'un montant de **400 €** ou de **500 €** selon les événements couverts aux garanties aide à domicile et transport des proches, ou de **800 €** en cas de décès, à l'exception de certaines prestations bien spécifiques. Le coût de chaque service utilisé est déduit du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, nous pouvons confirmer au bénéficiaire le solde encore disponible et des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du bénéficiaire. Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le bénéficiaire est toujours couvert par la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe de services auquel il a droit avant la fin de l'évènement garanti, nous pouvons :

- organiser les services choisis par le bénéficiaire pour son compte,
- fournir au bénéficiaire les coordonnées des prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le bénéficiaire prend dans ce cas tous les frais en charge.

1. Aide à domicile

Nous analysons la situation médico-sociale et socio-économique du bénéficiaire, évaluons ses besoins et lui proposons les solutions d'aide et de services adaptés ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services santé proposée soit en mobilisant d'autres sources de financement.

En cas d'évènement garanti, nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes incluses dans l'enveloppe de services santé :

- fermeture du domicile quitté en urgence,
- transport,
- aide-ménager(ère),
- auxiliaire de vie,
- travailleur(se) familial(e),
- bien-être à domicile,
- veille ou prise en charge des membres de votre famille dépendant et/ou des enfants,
- accompagnement à l'école et aux activités extrascolaires des enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat,
- garde à domicile des enfants de moins de 15 ans malades ou convalescents,
- garde à domicile des enfants de moins de 15 ans,
- garde des animaux de compagnie,
- préparation du retour au domicile,
- livraison de repas,
- livraison de courses.

En cas d'évènement garanti, nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes non incluses dans l'enveloppe de services santé :

- soutien scolaire,
- enseignement à domicile,
- livraison de médicaments.

a. Fermeture du domicile quitté en urgence

Nous organisons et prenons en charge le service d'envoi d'un(e) aide-ménager(ère) pour fermer le domicile du bénéficiaire (volets, fenêtres, linge resté dans la machine à laver), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver, si le bénéficiaire a dû quitter son domicile en urgence en raison de son état de santé. Ce service ne peut être fourni que si nous avons accès aux clés, aux codes d'accès du logement et aux conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Nous pouvons organiser le transport de l'aide-ménager(ère) pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum **2 heures** et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

b. Transport

Nous organisons et prenons en charge les frais de transport par taxi, lorsque le bénéficiaire a un rendez-vous. Le coût de retour au domicile du bénéficiaire peut également être pris en charge.



c. Aide-ménager(ère)

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) aide-ménager(ère) qui effectue les tâches quotidiennes (y compris repassage, nettoyage, aide à la préparation des repas) au domicile du bénéficiaire.

La prestation est mise en œuvre du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

d. Auxiliaire de vie

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens au bénéficiaire y compris la toilette, la prise de repas et l'aide au coucher, hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère).

La prestation est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

e. Travailleur(se) familial(e)

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) travailleur(se) familial(e) qui aide la famille en assumant le quotidien (entretien du logement, préparation des repas, l'aide aux devoirs...) et soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants.

La prestation est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

f. Bien-être à domicile

Nous organisons et prenons en charge des services de bien-être y compris coiffeur, esthéticienne, prothésiste capillaire au domicile du bénéficiaire.

g. Veille ou prise en charge des membres de votre famille dépendant et/ou des enfants

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) auxiliaire de vie pour s'occuper d'un membre de votre famille dépendant à charge et/ou des enfants, préparer des repas et dispenser les soins quotidiens.

Chaque prestation dure au moins 2 heures et est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

h. Accompagnement à l'école et aux activités extrascolaires des enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun membre de la famille ne peut accompagner les enfants du bénéficiaire à l'école ou à leurs activités extrascolaires, nous organisons et prenons en charge le transport des enfants par taxi depuis le domicile. Les enfants doivent être accompagnés d'un adulte désigné par le bénéficiaire.

i. Garde à domicile des enfants de moins de 15 ans malades ou convalescents

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'une personne assurant des services de garde d'enfants au domicile du bénéficiaire pour s'occuper de ses enfants, leur préparer les repas et dispenser les soins quotidiens.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au moins 2 heures et est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

j. Garde à domicile des enfants de moins de 15 ans

Nous organisons et prenons en charge la garde à domicile des enfants du bénéficiaire.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 heures et est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un prestataire dont la mission consiste à garder l'enfant au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant (**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.

k. Garde des animaux de compagnie

Nous organisons et prenons en charge les frais d'hébergement de l'animal de compagnie du bénéficiaire par un prestataire spécialisé, y compris le coût de la nourriture.

l. Préparation du retour à domicile

Nous organisons et prenons en charge la venue d'un(e) aide-ménager(ère) pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le bénéficiaire prend en charge le coût des courses.



Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès au lieu de domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité. Nous pouvons organiser le transport de l'aide-ménager(ère) pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 heures et est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

m. Livraison de repas

Nous organisons et prenons en charge la livraison d'un repas au domicile du bénéficiaire dans un délai de 4 jours ouvrés maximum à compter de la demande. **Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés sous la forme de 5 ou 7 paniers repas, déjeuners et dîners.

Le bénéficiaire prend en charge les frais de repas.

Dans les zones non desservies ou lorsque les repas prévus ne sont pas adaptés, nous pouvons organiser l'intervention d'un prestataire pour préparer les repas à domicile. Nous prenons en charge les frais à hauteur du coût équivalent de la livraison des repas. **Le bénéficiaire prend en charge les coûts restants.**

n. Livraison de courses

Nous organisons et prenons en charge la livraison de courses au domicile du bénéficiaire.

Le bénéficiaire doit être disponible lors de la livraison pour payer les denrées achetées.

Le bénéficiaire prend en charge le coût des courses.

o. Soutien scolaire

Cette prestation n'est pas comprise dans l'enveloppe de services santé.

Nous mettons le bénéficiaire en contact avec un prestataire enseignant qui aidera l'enfant à faire ses devoirs ou à résoudre un point de blocage.

La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais et les sciences de la vie et de la terre.

Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 17h00 à 20h00. Toute question posée entre le jeudi 20h00 et le dimanche 14h00 sera traitée entre le moment où est posée la question et le dimanche 20h00.

p. Enseignement à domicile

Cette prestation n'est pas comprise dans l'enveloppe de services santé.

Si les enfants du bénéficiaire ne peuvent se rendre à l'école, entraînant une absence scolaire supérieure à **2 semaines** calendaires, nous organisons et prenons en charge, dans les limites des disponibilités locales, des cours privés avec un enseignant ou un tuteur.

La prestation s'applique aux enfants scolarisés en primaire ou secondaire (1^{er} et 2^e cycle), à partir du premier jour d'immobilisation ou d'hospitalisation et pendant l'année scolaire en cours, les jours de cours normaux **à l'exception des samedis**.

Cette prestation cesse dès la reprise des cours à l'école et en tout état de cause à la fin de l'année scolaire.

Ce service tient compte des programmes et du calendrier scolaire fixés par le ministère de l'Éducation Nationale.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'enseignement à domicile peut également être fourni sur place en cas d'hospitalisation de l'enfant.

La mise en œuvre de ce service peut nécessiter un délai de **2 jours** ouvrés. **Cette prestation n'est pas applicable en cas de phobie scolaire.**

q. Livraison de médicaments

Cette prestation n'est pas comprise dans l'enveloppe de services santé.

Nous organisons et prenons en charge la livraison de médicaments immédiatement nécessaires au bénéficiaire prescrits par un médecin.

Cette prestation de services est limitée à une enveloppe de **100 €** de frais de transport. **Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.**

2. Services à la personne

Nous pouvons vous fournir toute information utile sur les services à la personne, tels que définis par la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 (« Loi Borloo »).

Nous pouvons également vous mettre en relation avec un prestataire de notre réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la Loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la Loi Borloo (esthéticien(ne), coiffure à domicile, pédicure, manucure, massages - **hors soins thérapeutiques**).



Les prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre de la Loi Borloo sont agréés afin que vous puissiez bénéficier d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du bénéficiaire. Ces prestations ne sont pas comprises dans l'enveloppe de services santé.

Pour toute mise en place de prestation, le prestataire dispose d'un délai minimum de 72 heures pour prendre contact avec le bénéficiaire.

Les informations sont fournies au bénéficiaire exclusivement par téléphone et sont des renseignements à caractère documentaire. Notre responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

3. Transport des proches

Nous analysons la situation médico-sociale et socio-économique du bénéficiaire, évaluons ses besoins et lui proposons les solutions d'aide et de services adaptés ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer au titre de l'enveloppe de services santé.

Le bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser :

- transfert au domicile d'un proche des enfants de moins de 15 ans et/ou des membres dépendants de la famille,
- transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire ou du bénéficiaire au domicile d'un proche,
- hébergement des parents à proximité du bénéficiaire mineur pendant son hospitalisation.

a. Transfert au domicile d'un proche des enfants de moins de 15 ans et/ou des membres dépendants de la famille

Nous organisons et prenons en charge le transfert des enfants et/ou des ascendants dépendants à charge au domicile d'un proche (transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un proche qui les accompagne (transport aller-retour). Si nécessaire, nous missionnons un accompagnateur.

b. Transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire ou du bénéficiaire au domicile d'un proche

Nous organisons et prenons en charge le transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire (transport aller-retour) ou le transfert du bénéficiaire au domicile d'un proche pour s'occuper du bénéficiaire et/ou de ses enfants.

c. Hébergement des parents à proximité du bénéficiaire mineur pendant son hospitalisation

Nous organisons et prenons en charge l'hébergement des parents du bénéficiaire mineur hospitalisé à plus de 50 km de son domicile pendant la durée de l'hospitalisation.

4. Adaptation du logement

En cas d'évènement garanti, nous organisons les prestations décrites ci-après.

a. Assistance à l'aménagement du domicile

Nous mettons en place :

- un bilan de vie pour évaluer les capacités physiques et le mode de vie du bénéficiaire,
- un audit du logement par un prestataire pour évaluer l'adéquation du domicile ou des soins aux nouveaux besoins du bénéficiaire, les dispositions nécessaires à la vie à domicile et le coût des travaux associés,
- la coordination avec les prestataires de services pour la réalisation des travaux.

Le coût des devis et travaux effectués reste à la charge du bénéficiaire.

b. Livraison et installation de matériel médical

Nous prenons en charge les frais de livraison du matériel médical prescrit par un médecin.

Le bénéficiaire prend en charge les frais d'achat, d'installation et d'entretien du matériel médical.

5. Conseils sociaux

a. Conseil social

Nous fournissons au bénéficiaire des informations par téléphone du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 7h00 à 20h00 et le samedi de 7h00 à 19h00.

Nous le conseillons sur la marche à suivre pour trouver un nouveau logement, gérer le budget familial et nous lui donnons des informations sur les droits sociaux.

Nous orientons principalement vers des organismes publics qui traitent la demande soit par l'intermédiaire d'un réseau de prestataires soit en communiquant les coordonnées nécessaires au bénéficiaire.



b. Accompagnement social

Nous proposons au bénéficiaire par téléphone du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00, les prestations suivantes :

- une analyse de la situation médicale, sociale, professionnelle et économique du bénéficiaire,
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : prestations familiales, logement, maladie et accident, invalidité,
- des informations sur la gestion d'un budget,
- des informations sur l'assistance à laquelle le bénéficiaire a droit : transport, hébergement, aide à domicile, etc.,
- des recommandations sur les mesures à prendre pour bénéficier des régimes d'aide de droit commun,
- une aide aux procédures administratives : identification des organisations, aide à la rédaction de courrier et préparation de formulaires de demande,
- un suivi de l'évolution de la situation du bénéficiaire.

Les informations que nous fournissons sont à caractère documentaire. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.

c. Conseils en matière de transfert dans un centre de soins

Si le bénéficiaire ne peut plus prendre soin de lui-même et a besoin de soins en permanence, nous communiquons une liste de centres de soins proches du domicile du bénéficiaire.

Sur demande, nous pouvons organiser le rendez-vous pour visiter le centre de soins. Dans ce cas, nous prenons en charge les frais de transport dans la limite indiquée dans les tableaux du présent chapitre paragraphe III.

Nous ne pouvons garantir la disponibilité des visites ou l'acceptation de la demande d'hébergement en centre de soins. Le bénéficiaire prend en charge les coûts des services proposés par le centre de soins.

6. Soutien aux aidants en cas de dépendance d'un membre de la famille dépendant

Sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00, nous organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après.

a. Plan d'aide adapté

Nous conseillons l'aidant sur les prestations les plus pertinentes à mettre en œuvre en cohérence avec la situation du bénéficiaire.

b. Apprentissage des gestes d'accompagnement d'un membre de la famille dépendant

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) infirmier(ère) afin de former l'aidant aux bons gestes à effectuer et de le conseiller sur la bonne attitude à adopter vis-à-vis du membre de la famille dépendant.

c. Préparation au rôle d'aidant

Nous fournissons des conseils destinés à prévenir l'aidant des risques liés à sa nouvelle situation (rester en bonne santé, comprendre les difficultés du membre de la famille en état de dépendance et éviter les gestes involontaires de maltraitance).

d. Orientation vers des groupes de discussion

En fonction des disponibilités locales, nous orientons le bénéficiaire vers des associations et des établissements spécialisés proposant des séances de discussion afin d'éviter un isolement.

e. Aide à domicile ou solution d'hébergement temporaire pour le membre de la famille en état de dépendance

En fonction des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux des prestataires, nous organisons et prenons en charge une aide à domicile pour le membre de la famille dépendant ou une solution d'hébergement temporaire dans un établissement approprié.



7. Prévention

Nous proposons les prestations décrites ci-après.

a. Mon Coach Bien-Être

Nous mettons à disposition du bénéficiaire le programme Mon Coach Bien-Être décrit ci-après. Nous fournissons un accès à un portail digital proposant :

- une évaluation des pratiques alimentaires, sportives, du niveau de stress et de la qualité du sommeil,
- des parcours personnalisés selon les bilans et les objectifs du bénéficiaire,
- un planning hebdomadaire des séances de sport,
- des exercices de respirations et de concentration,
- des échanges avec un entraîneur sportif, un diététicien et un psychologue,
- un parcours équilibre et bien-être,
- un accès à l'historique des activités et à des statistiques pour évaluer la progression du bénéficiaire.

Le bénéficiaire peut s'inscrire au programme par email à l'adresse suivante : prevention@votreassistance.fr.

Le bénéficiaire peut accéder au programme via le site <https://allianz-assistance.moncoachbien-etre.fr>.

Ce programme d'information et d'accompagnement s'adresse aux bénéficiaires âgés d'au moins 16 ans, avec l'accord préalable des parents pour les bénéficiaires de moins de 18 ans.

Nous ne fournissons pas de consultation, de diagnostic ou de prescription médicale.

Un accompagnement personnalisé ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et aux règles du secret médical.

Les informations que nous fournissons exclusivement par téléphone sont à caractère documentaire. Nous ne pouvons être tenu responsable en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations fournies.

b. Formation aux gestes de premiers secours

Nous organisons et prenons en charge une formation aux gestes de premiers secours PSC1 (Prévention et Secours Civique de Niveau 1) pour le bénéficiaire. À l'issue de la formation, un certificat de citoyen de sécurité civile (PSC1) sera remis au bénéficiaire.

8. Aide psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est effectuée par téléphone.

Si la situation du bénéficiaire nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le bénéficiaire vers des consultations physiques avec un psychologue proche du domicile ou du lieu de travail du bénéficiaire.

Le service est mis en œuvre du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00.

Exclusions

Sont exclues les maladies psychologiques préexistantes déjà diagnostiquées ou en cours de traitement à la date d'entrée en vigueur du contrat.

9. Téléconsultation médicale

La téléconsultation médicale est un service de télémédecine, 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.



À 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.

Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

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.



10. Information retraite et pension de réversion

Nous proposons les prestations décrites ci-après.

a. Information conseil retraite

Nous vous communiquons, tous les renseignements que vous souhaitez sur la retraite, notamment dans les domaines suivants :

- la préparation à la retraite, la préretraite, le cumul emploi-retraite, la retraite progressive,
- les conditions et modalités de rachat de trimestres, de rachat de cotisations,
- la validation des droits (trimestres cotisés, assimilés, points, surcote, décote...),
- la régularisation des droits (démarches à effectuer),
- le système général de la retraite en France, les réformes,
- les Relevés Individuels de Situation (RIS) (reçu tous les 5 ans à partir de 35 ans) et les Estimations Indicatives Globales (EIG) (reçu tous les 5 ans à partir de 50 ans),
- les régimes existants, retraite de base, retraite complémentaire,
- les droits à une pension, le calcul de la retraite, la pension de réversion, l'allocation de solidarité pour les personnes âgées, l'allocation veuvage (éligibilité, conditions...),
- les conditions de départ à la retraite et les dispositifs spécifiques existants (départ anticipé pour carrière longue, handicap, inaptitude...),
- les coordonnées des différents organismes à saisir pour la liquidation des droits,
- les sources d'information spécialisées.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Nous nous engageons à vous tenir informé dans un délai de 48 heures ouvrées.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Nous pouvons fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas nous ne donnons de consultation juridique.

b. Pension de réversion

Nous vous proposons les renseignements suivants :

- information sur la pension de réversion (conditions, pourcentage...),
- calcul du niveau de pension de réversion auquel vous pouvez prétendre (sur la base d'un relevé de situation individuelle ou d'un relevé de carrière au titre des différents régimes),
- accompagnement dans les démarches : envoi des formulaires nécessaires à la constitution d'un dossier de demande de pension de réversion (à l'exception des formulaires qui ne peuvent être obtenus que par le conjoint survivant).

11. Accompagnement retour à l'activité professionnelle

Nous organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après.

a. Informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle

Nous vous communiquons, tous les renseignements que vous souhaitez sur l'emploi et la vie professionnelle, notamment dans les domaines suivants :

- les relations avec votre employeur,
- les relations avec les organismes sociaux publics,
- le statut d'usager de services publics,
- l'activité en tant que membre volontaire d'une association,
- les relations avec l'administration fiscale, uniquement lorsque vous contestez une proposition de rectification contradictoire qui vous a été émise par l'administration fiscale et dans la mesure où son origine n'est pas frauduleuse,
- les relations avec votre ou vos employés familiaux, dûment déclarés.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

b. Évaluations et conseils personnels et professionnels pour préparer et élaborer un projet professionnel

Nous pouvons vous fournir des conseils sur les outils et techniques de recherche d'emploi :

- rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de candidature,
- préparation aux entretiens d'embauche,



- activation des réseaux relationnels et sociaux,
- utilisation des sites web d'offres d'emploi et méthodologie de recherche d'emploi,
- création d'entreprise ou reprise d'entreprise,

Des entretiens de suivi et de coaching peuvent être planifiés avec le prestataire pour évaluer l'avancement du projet et fournir des compléments d'information.

Les services d'aide au retour à l'activité professionnelle sont disponibles du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

c. Aide au retour à la vie professionnelle

Si le bénéficiaire recherche activement un emploi salarié ou si le bénéficiaire est jugé médicalement apte au retour à la vie professionnelle, nous pouvons lui fournir des conseils sur les outils et techniques de recherche d'emploi :

- rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de candidature,
- préparation aux entretiens d'embauche,
- activation des réseaux relationnels et sociaux,
- utilisation des sites web d'offres d'emploi et méthodologie de recherche d'emploi.

Des entretiens de suivi peuvent être planifiés avec le conseiller emploi, afin de cadrer le projet du bénéficiaire, de faire le point sur ses démarches, les éventuelles difficultés rencontrées et apporter tout complément d'information utile.

Les services d'aide au retour à l'activité professionnelle sont disponibles du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

d. Aide à la création ou à la reprise d'entreprise

Le bénéficiaire est conseillé par un conseiller emploi ou un prestataire sur tous les aspects liés à la création d'entreprise ou à la reprise d'entreprise. Des entretiens de suivi et de coaching peuvent être planifiés avec le conseiller emploi ou le prestataire pour évaluer l'avancement du projet et fournir des compléments d'information.

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer au bénéficiaire pour créer ou reprendre une entreprise.

Les services d'aide au retour à l'activité professionnelle sont disponibles du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

e. Aide à la reconversion professionnelle

Le bénéficiaire est conseillé par un conseiller emploi ou un prestataire sur tous les aspects liés à la reconversion professionnelle. Des entretiens de suivi et de coaching peuvent être planifiés avec le conseiller emploi ou le prestataire pour évaluer l'avancement du projet et fournir des compléments d'information.

Les services d'aide au retour à l'activité professionnelle sont disponibles du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

f. Relooking et conseil en image

Le bénéficiaire est conseillé et accompagné par un prestataire pour l'aider à valoriser son image en cohérence avec sa personnalité et son objectif professionnel. Le bénéficiaire est recontacté par le prestataire sous 2 jours ouvrés pour planifier l'atelier.

Les frais de déplacement dans les locaux du prestataire restent à la charge du bénéficiaire.

Pour les ateliers en présentiel, la prestation ne peut être délivrée que dans les villes suivantes : Paris, Marseille, Lyon, Nice, Nantes, Montpellier, Strasbourg, Bordeaux, Toulouse, Lille.



12. Coaching au recrutement d'un nouveau salarié

Nous organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après.

a. Aide à la qualification du besoin de l'entreprise

Nous aidons le recruteur dirigeant à identifier les critères essentiels et secondaires du poste à pourvoir notamment :

- contexte du recrutement,
- compétences techniques,
- qualifications requises,
- savoir-faire,
- savoir-être,
- environnement de travail,
- profil d'équipe.

b. Aide à la préparation aux entretiens

Nous aidons le recruteur dirigeant à adopter la posture de recruteur notamment :

- conseils sur la conduite de l'entretien,
- types de questionnement.

c. Coaching à la méthodologie de prise de décision

Nous aidons le recruteur dirigeant à choisir le bon candidat (questionnement ou re-questionnement des critères, des attendus, des perceptions du recruteur).

En aucun cas nous ne participerons à la sélection des candidats et nous ne proposerons de candidat. Par ailleurs, nous ne sommes tenus que par une obligation de moyen. Nous ne pouvons en aucun cas nous engager sur le résultat de la mise en œuvre de cette prestation.

Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui nous aurons été communiqués.

13. Téléassistance et alerte à distance

Le dispositif de téléassistance au domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du domicile et d'être immédiatement pris en charge par un prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide. Un test récurrent est effectué sur le matériel à distance et en cas d'anomalie nous envoyons au bénéficiaire un matériel de remplacement.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

14. Transport en cas de décès

Nous organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après.

a. Rapatriement du corps

Nous organisons et prenons en charge le transport du corps du lieu de mise en bière jusqu'au lieu d'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation choisi par le bénéficiaire ou les membres de la famille.

Cette prestation comprend les frais funéraires nécessaires audit transport (pour un cercueil du modèle le plus simple) et conformes à la législation locale à l'exclusion des frais d'inhumation (ou de crémation), d'embaumement et de cérémonie.

b. Identification du corps

En cas de décès du bénéficiaire, si la présence d'un membre de la famille sur place est nécessaire à l'accomplissement de la reconnaissance du corps et/ou des formalités d'inhumation ou de rapatriement du corps :

- nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour d'un membre de la famille ou d'un autre bénéficiaire qui est resté en France,
- nous remboursons sur présentation des justificatifs et dans la limite du montant indiqué dans le présent chapitre paragraphe III, les frais d'hébergement engagés par cette personne. La prestation cesse le jour du rapatriement du corps.



c. Assistance à la famille pour les funérailles

Nous pouvons organiser et prendre en charge le transfert d'un membre de la famille ou d'un autre bénéficiaire résidant en France (transport aller-retour) pour assister aux funérailles dans le pays d'inhumation ou de crémation.

d. Frais funéraires

Nous procédons au remboursement dans la limite du montant indiqué dans le présent chapitre, paragraphe III., pour les frais funéraires nécessaires au transport (pour un cercueil du modèle le plus simple) et conformes à la législation locale à l'exclusion des frais d'inhumation (ou de crémation), d'embaumement et de cérémonie.

15. Assistance à la famille en cas de décès

Nous organisons et prenons en charge pour le conjoint, l'enfant ou le membre de la famille les services choisis au titre de l'enveloppe de services santé parmi les services énumérés ci-dessous. Le conjoint, l'enfant ou le membre de la famille est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser :

- transport,
- aide-ménager(ère),
- auxiliaire de vie,
- travailleur(se) familial(e),
- garde des enfants de moins de 15 ans et/ou des personnes à charge,
- garde des animaux de compagnie.

Nous organisons et prenons en charge les prestations suivantes non incluses dans l'enveloppe de services santé :

- formalités administratives,
- organisation des funérailles,
- accompagnement social,
- évaluation immobilière.

Les prestations sont réalisées dans la limite des disponibilités locales. Le délai de mise en place des services est d'une demi-journée ouvrée à partir de la réception de la demande.

Les services peuvent être demandés en fonction des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti qui donne droit au bénéfice du service.

Dans le cadre de l'enveloppe de services santé, le coût de chaque prestation utilisée est déduit du montant du plafond disponible.

Dès qu'il le souhaite, le conjoint, l'enfant ou le membre de la famille peut nous contacter par téléphone pour confirmer le solde restant et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et demandes de la famille. Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Si l'intégralité du montant de l'enveloppe de services est utilisée avant la fin de l'évènement garanti, nous pouvons :

- organiser les services choisis parmi les services proposés,
- fournir au conjoint ou membre de la famille les coordonnées des prestataires de services spécialisés dans les domaines des services proposés.

Dans ce cas, tous les frais doivent être pris en charge par le conjoint, l'enfant ou le membre de la famille bénéficiant de ce service.

a. Transport

Nous organisons et prenons en charge les frais de transport par taxi, lorsque le bénéficiaire a un rendez-vous. Le coût de retour au domicile du bénéficiaire peut également être pris en charge.

b. Aide-ménager(ère)

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) aide-ménager(ère) qui effectue les tâches quotidiennes (y compris repassage, nettoyage, aide à la préparation des repas) au domicile du bénéficiaire.

La prestation est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

c. Auxiliaire de vie

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens au bénéficiaire y compris la toilette, la prise de repas et l'aide au coucher, hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère).

La prestation est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.



d. Travailleur(se) familial(e)

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) travailleur(se) familial(e) qui aide la famille en assumant le quotidien (entretien du logement, préparation des repas, aide aux devoirs...) et soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants.

La prestation est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

e. Garde d'enfant de moins de 15 ans et/ou de personnes à charge

Nous organisons et prenons en charge l'intervention d'un prestataire à domicile pour s'occuper des enfants et/ou personnes à charge du bénéficiaire, préparer les repas et dispenser les soins quotidiens.

Chaque prestation de garde dure au moins 2 heures et est mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

f. Formalités administratives

Cette prestation n'est pas comprise dans l'enveloppe de services santé.

La prestation est accessible par téléphone, du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 20h00.

Nous pouvons fournir des informations sur :

- la retraite, le décès, les funérailles, la succession,
- les procédures administratives à accomplir en cas de décès.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Nous nous engageons à répondre dans un délai de 6 jours ouvrés. Les informations que nous fournissons sont à caractère documentaire. Notre responsabilité ne pourra pas être recherchée dans le cas d'une utilisation ou d'interprétation erronée des renseignements communiqués.

g. Organisation des funérailles

Cette prestation n'est pas comprise dans l'enveloppe de services santé.

Nous organisons et prenons en charge, sous réserve de l'obtention du permis d'inhumer, les prestations définies ci-dessous :

- la coordination des funérailles par un prestataire ou par une société désignée par les membres de la famille ou par le bénéficiaire. **Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille,**
- la garde d'animaux de compagnie.

Les services définis ci-dessus ne peuvent être mis en œuvre lorsque les funérailles ont lieu dans un pays non couvert.

h. Accompagnement social

Cette prestation n'est pas comprise dans l'enveloppe de services santé.

Nous proposons au conjoint survivant du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00, les prestations suivantes :

- une analyse de la situation médicale, sociale, professionnelle et économique du conjoint survivant,
- des informations sur la réglementation sociale dans les domaines suivants : prestations familiales, logement, maladie et accident, invalidité,
- des informations sur l'assistance à laquelle le conjoint a droit : transport, hébergement, aide à domicile, etc.,
- des recommandations sur les mesures à prendre pour bénéficier des régimes d'aide de droit commun,
- une aide aux procédures administratives : identification des organisations, aide à la rédaction de courrier et préparation de formulaires de demande,
- un suivi de l'évolution de la situation du conjoint survivant.

Les informations que nous fournissons sont à caractère documentaire. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.

i. Évaluation immobilière

Cette prestation n'est pas comprise dans l'enveloppe de services santé.

Nous mettons en relation un membre de la famille avec un prestataire spécialisé pour évaluer la valeur du bien du bénéficiaire et contribuer à sa mise en vente sur le marché.

Tous les frais doivent être pris en charge par le membre de la famille du bénéficiaire bénéficiant de ce service.



16. Orientation emploi jeunes - Aide à la réflexion dans les choix d'orientation

Nous organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après.

a. Service d'information sur l'orientation scolaire et/ou professionnelle

Nous communiquons au bénéficiaire scolarisé et/ou diplômé et à ses parents des renseignements sur :

- les adresses utiles (écoles, centres de formation...),
- les critères pour bien choisir son établissement de formation, son école (taux de réussite, critères de sélection...),
- quelle formation et/ou quel diplôme pour quel métier,
- les informations sur les concours (dates, démarches administratives...), les salons d'orientation (dates, lieu...),
- où s'informer sur les métiers et les secteurs professionnels.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai de 48 heures ouvrées. En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

Nous pouvons fournir des renseignements d'ordre juridique. **En aucun cas nous ne donnons de consultation juridique. Les informations que nous fournissons sont exclusivement rendus par téléphone et sont des renseignements à caractère documentaire.**

b. Service de conseils sur l'orientation scolaire et/ou professionnelle

Nous communiquons aux parents des renseignements :

- être rassuré sur le choix, ou l'absence de choix, d'orientation de son enfant,
- définir l'option, la filière existante, la plus appropriée pour son enfant, par rapport au métier visé,
- connaître les débouchés des secteurs professionnels choisis par son enfant,
- quelle(s) alternative(s) en cas d'échec, quelle voie de secours,
- comment aider son enfant en cas de difficultés scolaires.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai de 48 heures ouvrées. En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

Nous pouvons fournir des renseignements d'ordre juridique. **En aucun cas nous ne donnons de consultation juridique. Les informations que nous fournissons sont exclusivement rendus par téléphone et sont des renseignements à caractère documentaire.**

c. Bilan d'orientation

Il s'agit d'un bilan personnel et professionnel pour évaluer la situation du jeune enfant du bénéficiaire : questionnaire d'auto-évaluation, analyse de personnalité (tests psychotechniques et de personnalité, intérêts professionnels et aptitudes), analyse des résultats, restitution et échanges, identification des premières pistes d'orientation.

À l'issue de ce bilan, notre conseiller Orientation Emploi envoie au bénéficiaire une synthèse écrite. **En aucun cas nous ne nous substituons au bénéficiaire pour établir des choix d'orientation.**

d. Bilan d'orientation approfondi

À la suite du bilan d'orientation, sur demande, l'enfant du bénéficiaire peut bénéficier d'un accompagnement plus approfondi de son conseiller Orientation Emploi :

- mise à sa disposition de guides d'informations pour construire son projet d'orientation (information, rencontre avec les professionnels, plan d'actions),
- entretiens de suivi pour s'assurer que les démarches réalisées par l'enfant du bénéficiaire sont cohérentes avec le projet,
- validation du projet d'orientation professionnelle, définition du plan d'actions à entreprendre et envoi d'une synthèse finale écrite.

En aucun cas nous ne nous substituons au bénéficiaire pour établir des choix d'orientation.

17. Soutien familial en cas de décès

Afin d'accompagner le conjoint survivant, nous organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après.

a. Informations juridiques, administratives et pratiques sur l'emploi et la vie professionnelle

Nous communiquons au conjoint survivant des renseignements sur l'emploi et la vie professionnelle, notamment dans les domaines suivants :

- l'application des règles de location ou de copropriété,
- l'achat de biens mobiliers à usage privé,
- les petits travaux d'entretien, d'embellissement et/ou d'aménagement d'une résidence,



- les relations avec une entreprise de déménagement,
- la consommation de biens et de services,
- les questions juridiques relatives à votre résidence principale,
- la santé,
- les relations avec votre employeur,
- les relations avec les organismes sociaux publics,
- le statut d'usager de services publics,
- l'activité en tant que membre volontaire d'une association,
- les travaux de construction dans votre résidence principale non soumis à des obligations d'assurance,
- les travaux de construction dans votre résidence principale, sous réserve des obligations d'assurance, si un litige survient après l'achèvement des travaux et à condition que vous ayez souscrit ou soyez bénéficiaire de l'assurance dommages-ouvrage si le montant des travaux est supérieur à 30 000 €,
- les relations avec l'administration fiscale, uniquement lorsque vous contestez une proposition de rectification contradictoire qui vous a été émise par l'administration fiscale et dans la mesure où son origine n'est pas frauduleuse,
- les relations avec votre ou vos employés familiaux, dûment déclarés.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

b. Aide au retour à la vie professionnelle

Si le conjoint survivant recherche activement un emploi salarié, nous pouvons lui fournir des conseils sur les outils et techniques de recherche d'emploi :

- rédaction d'un curriculum vitae et d'une lettre de candidature,
- préparation aux entretiens d'embauche,
- activation des réseaux relationnels et sociaux,
- utilisation des sites web d'offres d'emploi et méthodologie de recherche d'emploi.

Les services d'aide au retour à l'emploi sont disponibles du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

c. Aide à la création ou à la reprise d'entreprise

Le conjoint survivant est conseillé par un conseiller emploi ou un prestataire sur tous les aspects liés à la création d'entreprise ou à la reprise d'entreprise. Des entretiens de suivi et de coaching peuvent être planifiés avec le conseiller emploi ou le prestataire pour évaluer l'avancement du projet et fournir des compléments d'information.

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer au conjoint survivant pour créer ou reprendre une entreprise.

Les services d'aide au retour à l'emploi sont disponibles du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

d. Transport pour le déménagement

Nous aidons le conjoint survivant et ses enfants à déménager. Nous les mettons en relation avec une société de déménagement.

18. Enregistrement des dernières volontés

Nous mettons à disposition du bénéficiaire un espace personnel sécurisé sur un site web édité par AP Solutions GmbH succursale française et accessible à l'adresse suivante : <https://allianz-memoire.votreassistance.fr>

Ce site permet :

- la saisie par le bénéficiaire de ses souhaits relatifs à ses obsèques, ainsi que le nom et les coordonnées d'un chargé de mémoire,
- la mise à jour et la suppression des données saisies,
- la restitution des souhaits au chargé de mémoire suite au décès du bénéficiaire.

La restitution des souhaits est garantie 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique et après vérification de l'identité du chargé de mémoire.



19. Assistance juridique en France

À la demande du bénéficiaire, nous pouvons lui fournir des informations sur des sujets généraux de droit civil, tels que :

- les troubles du voisinage,
- l'application des règles de location ou de copropriété,
- l'achat de biens mobiliers à usage privé,
- les petits travaux d'entretien, d'embellissement et/ou d'aménagement d'une résidence,
- les relations avec une entreprise de déménagement,
- la consommation de biens et de services,
- les questions juridiques relatives à votre résidence principale,
- la santé,
- les relations avec votre employeur,
- l'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré,
- les relations avec les organismes sociaux publics,
- le statut d'usager de services publics,
- l'activité en tant que membre volontaire d'une association,
- les travaux de construction dans votre résidence principale non soumis à des obligations d'assurance,
- les travaux de construction dans votre résidence principale, sous réserve des obligations d'assurance, si un litige survient après l'achèvement des travaux et à condition que vous ayez souscrit ou soyez bénéficiaire de l'assurance dommages-ouvrage si le montant des travaux est supérieur à 30 000 €,
- les relations avec l'administration fiscale, uniquement lorsque vous contestez une proposition de rectification contradictoire qui vous a été émise par l'administration fiscale et dans la mesure où son origine n'est pas frauduleuse,
- les relations avec votre ou vos employés familiaux, dûment déclarées.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. **Nous nous engageons à répondre dans un délai maximum de 8 jours ouvrés. Nous n'assumons aucune responsabilité en cas d'utilisation abusive ou d'interprétation erronée des informations communiquées.**

V. Limites de nos interventions

Nous ne pouvons être tenu responsable de l'inexécution des prestations ou des retards dans l'exécution de nos prestations en raison de :

- la défaillance ou l'interruption des réseaux téléphoniques ou informatiques,
- une évolution de l'état du bénéficiaire et notamment de son état de santé qui n'avait pas été signalée,
- un cas de force majeure ou un dommage causé par un tiers,
- suite à des événements tels que des grèves, émeutes, instabilité politique connue, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/services-aux-entreprises/sanctions-economiques>),
- en cas de retard et/ou d'impossibilité d'obtenir des documents administratifs tels que des visas d'entrée et de sortie, des passeports, etc., nécessaires au transport du bénéficiaire à l'intérieur ou à l'extérieur du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays recommandé par nos médecins pour y être hospitalisé,
- en cas de recours à des services publics ou organismes locaux auxquels nous sommes tenus de faire appel en vertu des réglementations locales et/ou internationales,
- en cas de restrictions susceptibles d'être imposées par des sociétés de transport de personnes (en particulier les compagnies aériennes) pour les personnes souffrant de certaines pathologies, ou pour les femmes enceintes, de restrictions applicables jusqu'au début du transport et susceptibles d'être modifiées sans autre préavis (et pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.). En conséquence, le rapatriement de ces personnes ne sera possible que si la société de transport ne s'y oppose pas et, naturellement, en l'absence d'avis médical défavorable sur la santé du bénéficiaire ou de l'enfant à naître.



VI. Exclusions

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais engagés sans notre accord préalable,
- les frais qui ne peuvent être vérifiés avec des pièces justificatives,
- le suicide ou les conséquences d’une tentative de suicide du bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d’alcool par le bénéficiaire ou l’absorption par le bénéficiaire de médicaments non prescrits, de drogues ou stupéfiants,
- les conséquences de :
 - situations de risque infectieux dans un contexte épidémique,
 - l’exposition à des agents biologiques infectieux,
 - l’exposition à des agents chimiques y compris le gaz de combat,
 - l’exposition à des agents incapacitants,
 - l’exposition à des agents radioactifs,
 - l’exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques persistants, faisant l’objet d’une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance ou recommandations spécifiques des autorités sanitaires internationales ou locales du pays de séjour du bénéficiaire,
- les dommages causés intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- la perte d’autonomie antérieure à la date d’entrée en vigueur du contrat,
- les conséquences :
 - des maladies et accidents antérieurs à la date d’entrée en vigueur du contrat,
 - d’affections de longue durée, de maladies ou incapacité chroniques, déjà établies,
- les dommages résultant de soins esthétiques (y compris la chirurgie esthétique).



Dispositions communes

I. Responsabilité

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Vous ou vos proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Nous ne serons pas tenus responsables des manquements ou contretemps à l'exécution de nos 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'Économie 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.

Nous nous efforcerons néanmoins de tout mettre en œuvre pour vous venir en aide.

L'organisation par vous ou par votre entourage de l'une des prestations de la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si nous avons été prévenus et avons donné notre accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que nous aurions engagés pour organiser la prestation.

Notre responsabilité ne concerne que les services que nous réalisons en exécution de la Convention. Nous ne serons pas tenus responsables :

- des actes réalisés par les prestataires intervenant auprès de vous 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, notre responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'utilisation ou d'interprétation erronée de renseignements communiqués ou de conseils que nous vous aurions communiqués.

II. Prescription

Toute action dérivant de la Convention est prescrite par un délai de 2 ans à compter de l'événement 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'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 du Code des assurances, 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 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.

III. Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à votre réclamation formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit nous être adressée par écrit 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.

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 2 mois à compter de l'envoi de votre première réclamation écrite :

– 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.

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.

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



IV. 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.

V. 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.

Nous sommes responsables 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 la réglementation applicables en matière de protection des données, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Vous êtes informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle vous pouvez vous 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 vous a été remise lors de la souscription de la Convention.

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

VI. 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, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - <https://acpr.banque-france.fr/>.

VII. Loi applicable - langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.



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, tel que défini 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, etc.), 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, etc.)	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 assurerons 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, autres assureurs, 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),
- 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 œuvre 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.



Lexique

I. Définitions des termes utilisés

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

Aidant

Bénéficiaire majeur qui apporte une aide à titre non professionnel, de manière permanente ou non, à un membre de la famille dépendant.

Animal de compagnie

Chat ou chien, à l'exclusion de tout autre animal. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^e catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Bénéficiaire/Vous/Votre

- personne physique assurée par le contrat Allianz Prévoyance TNS,
- et/ou vos enfants,
- et/ou les membres de votre famille.

Conjoint

Personne avec qui vous habitez (époux(se), concubin notoire ou partenaire du Pacs) depuis au moins 6 mois.

Convention

Présent document. Veuillez noter que seules les conditions énoncées dans le présent document sont valables.

Domicile

Adresse du domicile fiscal du bénéficiaire situé en France.

Enfant(s)

Enfant(s) ou petit-enfant(s) fiscalement à votre charge ou celle de votre conjoint.

France

France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion.

Hébergement

Frais d'hôtel (petit-déjeuner compris), **à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.**

Médecin

Personne légalement autorisée à pratiquer la médecine ; docteur en médecine.

Membre de la famille

Membre de votre famille, **autre que votre conjoint ou vos enfants, fiscalement à votre charge**, vivant à votre domicile.

Membre de la famille dépendant

Membre de votre famille (conjoint, ascendants ou descendants) en état de dépendance et dont vous êtes l'aidant.

Nous/Notre

Fragonard Assurances

SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Entreprise privée régie par le Code des assurances.

Pays non couverts

Corée du Nord. La liste, mise à jour, de l'ensemble des pays non couverts est disponible sur notre site internet à l'adresse suivante : <https://paysexclus.votreassistance.fr>.



Période d'assurance

Période annuelle de validité du contrat.

Prestataire

Prestataire de services professionnel référencé par nous.

Proche

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le bénéficiaire.

Suicide

Tout préjudice intentionnel porté volontairement à soi-même avec l'intention de se donner la mort.

Téléconsultation

Acte de télémedecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (exemple : médecin, infirmier(ère), pharmacien(ne)...). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

Tiers

Personne physique ou morale, **autre que le bénéficiaire**.

Transport

Transport organisé par nous.

II. Définition des événements garantis

Dans cette section, nous donnons des définitions et/ou des descriptions des événements garantis par votre Convention. Pour connaître les événements garantis par votre Convention, veuillez consulter le tableau du chapitre « Qu'est ce qui est assuré ? », paragraphe III.

Affection de longue durée (ALD)

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Décès

Cessation définitive des fonctions vitales de l'organisme constatée par un Médecin, à l'exclusion du suicide.

Dépendance

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. Elle suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

Détresse psychologique

État de déséquilibre passager dans lequel un individu peut se trouver à la suite d'un événement imprévisible, soudain et extérieur pouvant entraîner des conséquences de santé mentale importantes telles que la dépression et l'anxiété.

Hospitalisation

Admission prévue ou imprévue du bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, liée à une procédure d'urgence. Une durée d'hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

Hospitalisation avec nuitée(s)

Admission du bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, prévue ou imprévue, avec au minimum une nuit sur place.

Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer ou à accomplir les tâches ménagères habituelles, constatée par un médecin, nécessitant un repos à la maison prescrit par le médecin.



Incapacité permanente

Diminution permanente, partielle ou totale des facultés physiques et mentales d'une personne constatée par une autorité médicale l'empêchant d'exercer son activité professionnelle.

Incapacité temporaire

Diminution temporaire, partielle ou totale des facultés physiques et mentales d'une personne constatée par une autorité médicale l'empêchant d'exercer son activité professionnelle.

Invalidité

Réduction de la capacité de travail à la suite d'un événement non professionnel tel qu'un accident ou une maladie non professionnelle ouvrant droit à une pension d'invalidité dans les conditions prévues aux articles L341-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.



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



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



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

