



GUIDE DU PRODUIT ALLIANZ PREVOYANCE / ALLIANZ PREVOYANCE TNS

13 Novembre 2018
RES31478

Guide du produit Allianz Prévoyance

– Allianz Prévoyance TNS

Document mis à jour le 03/10/2018

Nouveautés

Le contrat

Garanties

Adhésion
Souscription

la gamme

Spécificités
Réseaux

Annexes
Historique Document
Sommaire



Les nouveautés 2018

Suppression

- Garantie Décès immédiat
- Demande d'Adhésion (au profit d'une Offre d'adhésion ferme & définitive)
- Process papier en Affaire nouvelle
- Certificat de Prescription (PAT)
- Chèque comme moyen de paiement

Modification

- Etude personnalisée supprimée au profit d'une étude de besoins intégrée & à signer
- Formalités médicales revues
- Seuil des justificatifs relevé pour les garanties Indemnités Journalières
- Accès au Questionnaire Médical Interactif (QMI)
- Sélection des professions améliorée
- 5 sports possibles avec calcul de la majoration automatique dans 80% des cas
- Seuil des formalités médicales niveau 3 passe à 1.9M€.
- Calcul de l'encours en prévoyance intégrée pour permettre l'acceptation
- Reprise concurrence encadrée
- Clauses bénéficiaires harmonisé
- Prélèvement automatique obligatoire
- Suppression attestation spéciale non-fumeur au profit d'une simple déclaration dans l'offre

Ajout

- Package de garanties adaptées au profil du client
- Régimes Obligatoires intégrés pour le calcul des restes à charge
- Espace d'échanges sécurisé pour la transmission des pièces médicales
- Remise d'une Offre d'assurance ferme et définitive (en remplacement de la Demande d'adhésion)
- Justificatifs téléchargeables directement dans le parcours
- Signature tactile de l'offre
- RIB professionnel ouvert aux profils agricole (AZ PREV Part.)
- Fiche réglementaire IPID Intégrée

Partie 1 - LA GAMME ALLIANZ PREVOYANCE.....	5
Partie 2 - LES GARANTIES.....	9
Partie 3 - LE CONTRAT	44
Partie 4 - ADHESION	58
Partie 5 - VIE DU CONTRAT	77
Partie 6 - SPECIFICITES RESEAUX.....	90
Partie 7 - ANNEXES.....	100

Partie 1 - LA GAMME ALLIANZ PREVOYANCE.....	5
1.1 L'objet de la Gamme	5
1.2 Un contrat collectif à adhésion individuelle	6
1.3 Les réseaux de commercialisation	7
1.4 L'Etendue territoriale	8
Partie 2 - LES GARANTIES.....	9
2.1 Les garanties de la gamme Allianz Prevoyance.....	9
2.2 Les combinaisons des garanties.....	9
2.3 le montant de capitaux garantis	10
2.1 Le délai d'attente.....	10
2.2 Détails des garanties en cas de décès.....	12
2.3 Détail des garanties en cas d'incapacité.....	20
2.4 Détail des garanties en cas d'Invalidité	30
2.5 Illustration de mise en jeu des garanties.....	40
2.6 Les services associés	41

PARTIE 1 - LA GAMME ALLIANZ PREVOYANCE

1.1 L'OBJET DE LA GAMME

1.1.1 La Gamme Allianz Prévoyance

La Gamme Allianz Prévoyance est une gamme de produits d'assurance temporaire (sur une tête uniquement) proposant des garanties Prévoyance vie et non vie, pouvant être combinées. Ces garanties couvrent l'assuré en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité, d'invalidité, de survenance d'une maladie redoutée et d'hospitalisation suite à une maladie ou un accident.

Il dispose d'une version capital constant uniquement (Contrairement à ce qui existait sur Chorus Avenir, AZ Essentiels et Canopée, on ne dispose pas d'une version de produit en capital dégressif).

Bon à savoir :

Les contrats d'assurance décès peuvent être souscrits

- soit pour une durée limitée (assurance temporaire décès),
- soit pour toute la vie (assurance vie entière).

L'assurance temporaire décès garantit le versement d'un capital ou d'une rente en cas de décès de l'assuré survenant pendant la période de validité du contrat. Si l'assuré est en vie au terme de cette période, le contrat d'assurance prend fin.

Les cotisations versées ne sont pas récupérées par le souscripteur du contrat mais bénéficient à l'ensemble des assurés : il y a mutualisation des risques.

1.1.2 Un contrat avec des garanties complètes

L'offre Allianz Prévoyance est modulaire, composée de garanties couvrant l'assuré en cas de risques multiples.

La modularité s'organise autour de 3 axes :

- En cas de décès (y/c perte totale et irréversible d'autonomie),
- En cas d'arrêt de travail,
- En cas d'invalidité.

Avec deux renforts facultatifs possibles :

- des indemnités journalières en cas d'hospitalisation (GH),
- la couverture des pathologies dorsales et psychiatriques (Option Dos/Psy).

Avec des compléments obligatoires tels que :

- L'assistance,
- La protection juridique,
- L'exonération des cotisations.

1.1.3 Un contrat avec des cibles variées

L'offre Allianz Prévoyance est segmentée par CSP & constituée de trois produits distincts selon les cibles :

- une offre pour les TNS : **Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié**. Pour le travailleur indépendant en activité, chef d'entreprise, artisan, commerçant ou profession libérale, conjoint

collaborateur en activité, qui souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale Madelin. Ce produit permet de répondre aux besoins de protection des TNS dans le **cadre fiscal de la loi dite Madelin**.

- **une offre pour les particuliers : Allianz Prévoyance.** Dans tous les autres cas, avec principalement comme cible les salariés, fonctionnaires, auto-entrepreneurs, exploitants agricoles, inactifs, TNS qui ne souhaitent pas bénéficier de la déductibilité fiscale Madelin. Ce produit permet de répondre aux besoins de protection dans le **cadre fiscal général**.
- **une offre pour les entreprises souhaitant assurer leurs Personnes clés : Allianz Prévoyance Personne Clé** (hors périmètre de cette note car démarche commerciale 2AV).

Bon à savoir:

- **Si l'assuré cumule une activité salarié et une de TNS,** par simplification, on oriente vers le produit TNS pour ses besoins de couverture. (détermination automatique grâce à la saisie multi profession dans le parcours)
- **Pour le statut d'auto entrepreneur,** il s'agit d'un TNS ne pouvant pas bénéficier de la Loi Madelin ; c'est le contrat Allianz Prévoyance version « Particulier » qu'il convient de proposer.
- **Pour les professions agricoles** soumises à la MSA, comme ils ne peuvent pas bénéficier de la Loi Madelin, c'est le contrat Allianz Prévoyance version « Particulier » qu'il convient de proposer. Ils pourront néanmoins payer les cotisations de leur contrat avec leur compte professionnel (Nouveauté).
- **Pour les frontaliers,** ils sont éligibles à l'offre Allianz Prévoyance uniquement si leur résidence principale se situe en France métropolitaine, en Outre-mer ou dans la principauté de Monaco. Ils peuvent donc exercer leur activité à l'étranger et être couverts tant que la condition précédente est respectée.
- **Pour les personnes dont les revenus sont irréguliers sur l'année,** ils peuvent être couverts par l'offre Allianz Prévoyance. Certaines garanties seront néanmoins restreintes ou non souscriptibles en fonction de la répartition des revenus sur l'année.
- **Si l'assuré exerce en tant que TNS avec une société en nom propre,** il peut être couvert par l'offre Allianz Prévoyance TNS en choisissant de payer ses cotisations avec son compte professionnel.

1.2 UN CONTRAT COLLECTIF A ADHESION INDIVIDUELLE

Une association qui intervient dans la relation contractuelle

Allianz Prévoyance est également un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, qui est souscrit par **L'ANCRE** (ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE) auprès d'Allianz Vie.

1.2.1 Les règles d'adhésion à l'association Ancre

Une cotisation unique annuelle est due à l'ANCRE. Toutefois en fonction du type de contrat, le montant peut être de 6€ ou 12€. En cas de multi possession c'est la cotisation la **plus élevée qui est retenue**

La cotisation annuelle :

- est calculée sur l'année civile.
- est due sur l'année entière même si l'adhésion intervient en cours d'année. La cotisation annuelle de l'année N n'est pas due si la souscription a lieu entre novembre et décembre de l'année N-1
- est payable par prélèvement automatique,
- est prélevée chaque année à date fixe (Mars), au cours du 1^{er} trimestre
- si l'adhérent ANCRE a souscrit auprès d'Allianz Vie d'autres produits (hors PERP), **la cotisation annuelle retenue sera le montant le plus élevé de chaque cotisation annuelle prise indépendamment.**

1.2.2 Les règles de cumul des contrats

Lors de l'adhésion au contrat le client doit déclarer s'il est déjà adhérent à l'association ANCRE :

Adhérent Oui/Non	Montant de la cotisation ANCRE pour adhérer au contrat Allianz Prévoyance	Justificatif
Si déjà adhérent à un contrat Prévoyance (cotisation unique)	récurrente de 6€	Une cotisation annuelle est due
Si déjà adhérent à un contrat Prévoyance (cotisation annuelle)	récurrente de 6€	Pas de nouvelle cotisation ANCRE due
Si déjà adhérent à un contrat Retraite	récurrente de 12 €	Pas de nouvelle cotisation ANCRE due
Si déjà adhérent à un contrat PERP	récurrente de 6€	Une cotisation annuelle est due

- Si par la suite, l'adhérent ayant souscrit un contrat Prévoyance souhaite souscrire d'autres produits Allianz :

Adhérent Oui/Non	Montant cotisation ANCRE pour adhérer à un autre produit Allianz	Justificatif
Si le client a déjà un contrat Composio	récurrente à 6 €	Cotisation aux 2 associations ANCRE et ADPS due (5 et 6€)
S'il s'agit d'un contrat Prévoyance (de cotisation annuelle)	récurrente de 6€	Pas de nouvelle cotisation requise pour un produit prévoyance
S'il s'agit d'un contrat Retraite	récurrente de 6€ passe à 12€	Une seule cotisation ANCRE à payer (le montant annuel le plus élevé)
S'il s'agit d'un contrat PERP	récurrente de 6€ inchangée + droit d'entrée pour le PERP	Le droit d'entrée pour le PERP non récurrent est dû en plus de la cotisation annuelle de 6€

1.3 LES RESEAUX DE COMMERCIALISATION

Allianz Prévoyance est proposé par les réseaux Agents, Allianz Expertise & Conseil, Courtage, l'Outre- Mer et Affaires Directes.

Les cibles par réseau :

	AG / AG Outre Mer ¹	AG TOM/COM ²	CT	CONSEILLERS PS	CONSEILLERS PAT	AD	Allianz en Ligne
Particuliers	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TNS	✓		✓	✓		✓	
Personne Clé	✓	✓	✓	✓			

¹ Hors TOM/COM

² Comprends : Saint Barthélémy, Saint Martin, Mayotte, Saint Pierre et Miquelon, Nouvelle Calédonie, Polynésie française

1.4 L'ETENDUE TERRITORIALE

Peuvent être admis à l'assurance :

- les adhérents personnes physiques dont la **résidence principale** est située :
 - en France métropolitaine,
 - dans les départements, régions et territoires d'outre-mer,³
 - à Monaco.
- les adhérents personnes morales dont le siège social ou son établissement est situé :
 - en France métropolitaine,
 - dans les départements, régions et territoires d'outre-mer,
 - à Monaco.

Les frontaliers vivant en France et travaillant à l'étranger peuvent souscrire Allianz Prévoyance (Version Particuliers) mais pas Allianz Prévoyance TNS.

Couverture territoriale des garanties :

Le risque de Décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat émanant de la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Cette démarche ne concerne pas les sinistres survenus en France (France métropolitaine, Outre-mer) et à Monaco.

Pour la seule garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale, les sinistres ayant donné lieu à une hospitalisation à l'étranger dans un établissement de soins public ou privé placé sous contrôle médical pourront aussi être couverts dans les conditions prévues au contrat. Il conviendra alors à l'assuré d'apporter la preuve de son hospitalisation au moyen de documents établis par l'autorité médicale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française du lieu. A défaut de preuve, la prise en charge de la garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale sera suspendue jusqu'au retour en France.

Les risques autres que le Décès et l'Incapacité sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que leur constat soit établi au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'assureur dans les conditions prévues au titre de l'article "Contrôle médical – Arbitrage".

A défaut de documents spécifiques visés ci-dessus permettant de justifier l'état de santé de l'assuré, le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, en Outre-mer⁴¹ ou à Monaco, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

Les documents spécifiques visés ci-dessus ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

³Départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte.

COM/TOM à compter du 03/03/2017 : Saint Barthélémy, Saint Martin, Mayotte, Saint Pierre et Miquelon, Nouvelle Calédonie, Polynésie française

⁴Départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte

COM/TOM à compter du 03/03/2017 : Saint Barthélémy, Saint Martin, Mayotte, Saint Pierre et Miquelon, Nouvelle Calédonie, Polynésie française

PARTIE 2 - LES GARANTIES

2.1 LES GARANTIES DE LA GAMME ALLIANZ PREVOYANCE

Ces produits permettent de répondre aux besoins de protection des Particuliers et des TNS dans le cadre fiscal général ou Madelin.

En cas de décès :

- Décès toutes causes
- Décès accidentel
- Double effet familial
- Rente éducation
- Rente de conjoint
- PTIA

En cas d'arrêt de travail

- IJ Accident
- IJ Maladie accident
- Exonération temporaire des cotisations
- Garantie Hospitalisation

En cas d'invalidité :

- Rente d'invalidité accident
- Rente d'invalidité Maladie Accident
- Capital invalidité Accident
- Capital invalidité Maladie Accident
- Exonération définitive des cotisations
- Capital maladies redoutées

2.2 LES COMBINAISONS DES GARANTIES

2.2.1 Les règles d'associations des garanties

- **Toutes les garanties sont facultatives,**
- **Certaines garanties s'associent obligatoirement et ne peuvent pas être souscrites seules :**

Garantie non vendue seule	Garantie facultative – possibilité d'association
PTIA	avec décès toutes causes
	avec décès accident seul
	avec rente éducation
	avec rente conjoint
Double Effet familial	avec le décès toutes causes et/ou décès accident
Rente d'invalidité	avec l'IJ 1095 jours
L'exo Temporaire	avec une IJ
L'exo Définitive	avec le capital invalidité
	avec la rente d'invalidité
GH (non solidaire)	avec n'importe quelle autre garantie.

Bon à savoir :

- la **garantie Protection Juridique** est incluse **obligatoirement** dans la garantie décès toutes causes
- Une garantie PTIA est obligatoirement associée à chacune des garanties décès sauf cas dérogatoires : Il sera possible de souscrire la/les garantie(s) décès sans la/les PTIA associées, notamment **pour des raisons d'acceptation en réassurance.**

2.2.2 Le nombre de garanties

Le contenu d'un contrat :

- Au minimum : une garantie au choix
- Un maximum de **20 garanties** souscriptibles par contrat

Bon à savoir :

Lorsque le seuil de 20 garanties techniques est atteint (y compris les PTIA et EXO), il faut proposer un deuxième contrat.

Le contrôle est intégré en automatique dans le parcours de vente

2.3 LE MONTANT DE CAPITAUX GARANTIS

Paramètres	Limite inférieure		Limite supérieure	
	L1	L2	L1	L2
Capital Décès toutes causes	15 000 €	15 000 €	-	-
Capital Décès Accidentel	15 000 €	15 000 €	-	-
Rente de conjoint annuelle	1 800 €	1 800 €	50 000€	50 000€
Rente éducation annuelle/enfant	900 €	900 €	50 000€	50 000€
Indemnités journalières (IJ)	15 €	15 €	(*)	(*)
Indemnités journalières (GH)	15 €	15 €	100 €	100 €
Capital invalidité	15 000 €	15 000 €	-	-
Rente invalidité	7 500 €	7 500 €	-	-
Capital maladies redoutées	7 500 €	7 500 €	125 000€	125 000€

(*) Selon les justificatifs fournis lors de la souscription

Règles de cumul des capitaux garantis : Cf chapitre dédié

2.1 LE DELAI D'ATTENTE

Les délais d'attente (ou délais de carence) courrent **à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat**. Les garanties IJ Maladie/Accident, GH et Capital Maladies redoutées prévoient les délais d'attente suivants :

Garanties	Risques / Pathologies	Délais d'attente
IJ Maladie/Accident	Accident Maladie (y.c maladie infectieuse) Dos et psy Neurologie	Aucun 3 mois 6 mois 6 mois
GH	Accident Maternité Maladie (y.c maladie infectieuse) Dos et psy Neurologie	Aucun 6 mois 3 mois 6 mois 6 mois
Capital Maladies redoutées	Toutes les pathologies couvertes	6 mois

Sur les autres garanties : Aucun délai d'attente.

Ces délais d'attente (sur toutes les garanties et pour toutes les pathologies) peuvent être abrogés en cas de reprise concurrence sur présentation de justificatif d'une garantie IJ équivalente (en termes de montant, franchise maladie et niveau de couverture (dos/psy)). Voir paragraphe « Justificatifs ».

2.2 DETAILS DES GARANTIES EN CAS DE DECES

2.2.1 Tableau recapitulatif

Garanties	Prestations
Décès Toutes Causes (DCTC)	L'assureur verse un capital ou une rente en cas de décès suite à une maladie ou à un accident.
Décès Accidentel (DA)	L'assureur verse un capital en cas de décès suite à un accident
Double Effet familial (DE)	La garantie prévoit la mise en place d'une temporaire décès toutes causes libérée de cotisation sur la tête du bénéficiaire tant qu'il a des enfants à charge et âgés de moins de 26 ans.
Rente Education (RE)	Versement d'une rente temporaire aux enfants désignés en cas de décès de l'assuré. Cette rente a vocation à garantir aux enfants désignés un revenu minimum jusqu'à la fin de leurs études (rappel : 1 rente par enfant)
Rente de Conjoint (RC)	Versement d'une rente viagère à la personne désignée par l'assuré en cas de décès de ce dernier.
Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	L'assureur verse par anticipation le montant des prestations prévues en cas de décès au moment de la reconnaissance de la PTIA de l'assuré. Cela concerne les garanties : Décès Toutes Causes, Décès Accidentel, Rente Education, Rente de Conjoint

Ce qu'il faut retenir :

- Le décès n'est pas une garantie obligatoire pour la souscription du contrat.
- Le décès et la PTIA ont la même date limite de couverture (76 ans). En cas de PTIA on verse le capital décès par anticipation.
- Une rente éducation par enfant avec différents paliers de montants possibles.
- Une rente de conjoint pour celui désigné au contrat.
- Au décès de l'assuré, la garantie double effet génère une garantie Décès toutes causes sur le bénéficiaire désigné (avec montant du capital identique et sans les cotisations), et tant que les enfants sont à charges et ont moins de 26 ans.
- Le Décès toutes causes souscrit dans le **cadre Madelin** sera **obligatoirement versé en rente** pour le bénéficiaire désigné.

Les taux de conversion en rente sont ceux au moment du décès de l'assuré. Il n'est pas possible de calculer le montant de la rente par anticipation au moment de la souscription. Au moment du décès de l'assuré, la transformation en rente temporaire sera possible, le montant de la rente sera alors recalculé en conséquence..

Un TNS peut souscrire à l'offre TNS en choisissant un Capital Décès toutes causes sans fiscalité Madelin (versé en capital) s'il choisit d'autres garanties éligibles Madelin. Sinon, il devra souscrire le produit particuliers.

2.2.2 Le Capital Décès Toutes Causes

DECES TOUTES CAUSES	
Objet de la garantie	Versement d'un capital ou d'une rente en cas de décès de l'assuré, survenu au plus tard la veille de ses 76 ans, aux bénéficiaires désignés au contrat. Cette garantie joue en cas de décès des suites d'un accident ou d'une maladie .
Cible	Toute personne peut souscrire la garantie Décès toutes causes. Age minimum : 18 ans Age maximum : 74 ans inclus
Etendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier
Relation avec les autres garanties	Cette garantie peut être couplée à n'importe quelle autre garantie. La garantie double effet familial pourra notamment être proposée en complément de cette garantie. Une garantie PTIA est associée obligatoirement (sauf cas dérogatoires). Une protection Juridique est incluse obligatoirement si la garantie Décès toutes causes est souscrite
Fiscalité	La garantie Décès toutes causes est éligible à la loi Madelin. Ainsi, l'indemnité sera libérée soit sous forme de capital soit sous forme de rente viagère. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si l'assuré a opté pour un cadre fiscal général (non Madelin) : la prestation est par défaut servie sous forme de capital (mais versement sous forme de rente viagère ou temporaire possible au moment de la prestation). ✓ Si l'assuré a opté pour un cadre fiscal Madelin : la prestation est obligatoirement servie sous forme de rente viagère.
Conditions d'acceptation	Selon grille de formalités médicales.
Montants de souscription	Montant Minimum : 15 000 € Montant Maximum : aucun
Délai d'attente	aucun
Exclusions	Les prestations ne seront pas réglées si l'accident ou la maladie sont la conséquence directe ou indirecte des événements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • De guerres (civiles ou étrangères), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentat, émeutes, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces évènements, dès lors que l'assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle, • De la participation de l'assuré en tant qu'auteur, co-auteur ou complice à des délits intentionnels, à des crimes, • 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'évènement, • De l'usage de stupéfiants absorbés par l'assuré en l'absence de toute prescription médicale <u>ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré</u>, • D'un attentat ou d'une tentative d'attentat dès lors que l'assuré y prend une part active • A priori, de la pratique de sports en tant que professionnel. Le décès n'est couvert par l'Assureur que si l'assuré a déclaré cette pratique et que l'assureur les a garantis moyennant des conditions spécifiques. <p>- si le décès survient en cas de suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance : le(s) bénéficiaire(s) recevra(ont) alors uniquement la fraction de cotisation restant à courir sur la période non couverte.</p> <p>- si le décès ne survient pas en cas de suicide après la première année d'assurance mais au</p>

	<p>cours de la première année qui suit l'augmentation des garanties, le(s) bénéficiaire(s) percevra(ont) les prestations prévues antérieurement à l'augmentation de la garantie ainsi que la fraction de cotisation correspondant à l'augmentation de garantie.</p> <p>Les activités trop risquées pourront donner lieu à des exclusions. Les garanties peuvent être exclues / refusées après analyse médicale.</p>
Indemnisation	<p>Une prestation est versée aux bénéficiaires désignés à la souscription ou en cours de contrat lorsque le décès de l'assuré survient au plus tard la veille du jour de ses 76 ans, qu'il résulte d'un accident ou d'une maladie.</p> <p>La prestation versée au(x) bénéficiaire(s) est fixée à la souscription dans l'offre d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur.</p> <p>Attention : si le contrat est souscrit dans le cadre fiscal général (hors Madelin), la prestation est par défaut versée aux bénéficiaires sous forme de capital. Dans ce cas la prestation versée est égale au capital souscrit (+ indexation). Au moment du sinistre, le bénéficiaire peut opter pour un règlement sous forme de rente (viagère ou temporaire), dont le montant est calculé sur la base des éléments en vigueur au jour du décès de l'assuré et sur la base du capital constitutif. Le montant du capital constitutif de rente correspond au capital souscrit (+ indexation).</p> <p>si le contrat est souscrit dans le cadre fiscal Madelin, la prestation est obligatoirement versée aux bénéficiaires sous forme de rente viagère. Dans ce cas la rente est calculée sur la base des éléments en vigueur au jour du décès de l'assuré et sur la base du capital constitutif. Le montant du capital constitutif de rente correspond au capital souscrit (+ indexation).</p>

2.2.3 Le Capital Décès Accident

DECES ACCIDENT	
Objet de la garantie	Versement d'un capital en cas de décès de l'assuré suite à un accident.
Cible	Toute personne peut souscrire une garantie Capital Décès Accident. Age minimum : 18 ans Age maximum : 74 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier
Relation avec les autres garanties	Cette garantie peut être couplée à n'importe quelle autre garantie. La garantie double effet pourra notamment être proposée en complément de cette garantie. Une garantie PTIA est associée obligatoirement (sauf cas dérogatoires).
Fiscalité	La garantie ne bénéficie pas des avantages fiscaux accordés par la loi Madelin.
Conditions d'acceptation	Pas de formalités médicales
Montants de souscription	Montant Minimum : 15 000 € Montant Maximum : aucun Le montant du Décès accident peut être différent du montant du Décès toutes causes
Délai d'attente	aucun
Exclusions	Idem Décès toutes causes, auxquelles s'ajoutent les conséquences directes ou indirectes des événements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Les blessures ou lésions provenant de paris ou défis, • Les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide, • Les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome.
Indemnisation	Versement uniquement sous forme de capital immédiat. En cas de souscription DCTC et DCA, le bénéficiaire sera le même. En cas de demande de dérogation (bénéficiaire différent), il faudra le désigner via une clause texte libre et adresser le dossier de souscription au CSC pour finalisation. Garantie jusqu'à la veille du 76ème anniversaire de l'assuré.

2.2.4 La Double Effet Familial

DOUBLE EFFET FAMILIAL	
Objet de la garantie	La garantie prévoit la mise en place d'un contrat temporaire DCTC libéré de cotisations sur la tête du bénéficiaire désigné suite au décès de l'assuré si au jour du décès l'assuré ou le bénéficiaire a des enfants à charge de moins de 26 ans.
Cible	Toute personne peut souscrire la garantie Age minimum : 18 ans Age maximum : 74 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier
Relation avec les autres garanties	La garantie Double Effet ne peut pas être souscrite seule, elle doit être accompagnée soit de la garantie Décès toutes causes, soit de la garantie Décès accident (ou des deux).
Fiscalité	La garantie ne bénéficie pas des avantages fiscaux accordés par la loi Madelin.
Conditions d'acceptation	Pas de formalités médicales
Montants de souscription	Montant Minimum : 15 000 € Montant Maximum : aucun
Délai d'attente	aucun
Exclusions	Idem Décès toutes causes
Indemnisation	Au décès de l'assuré, un contrat libéré de cotisations est établi sur la tête du bénéficiaire et lui confère une temporaire Décès toutes causes (sans garantie PTIA assortie) d'un montant identique à celui versé à l'assuré. Cette temporaire décès issue de la double effet ne prendra effet que si au décès de l'assuré, le bénéficiaire ou l'assuré a des enfants à charge âgés de moins de 26 ans. La garantie cesse dès lors qu'il n'existe plus d'enfants de moins de 26 ans à charge du bénéficiaire répondant à ce critère et au plus tard la veille de son 76 ^{ème} anniversaire. En cas de souscription d'une garantie Décès toutes causes, d'une garantie Décès accident et d'une garantie Double Effet, c'est le montant de la garantie Décès toutes causes qui sera transféré sur la tête du bénéficiaire. En cas de décès du bénéficiaire, le capital est versé aux enfants à charge au jour de son décès par parts égales entre eux.

2.2.5 La Rente de Conjoint

RENTÉ DE CONJOINT	
Objet de la garantie	Versement d'une rente viagère à la personne désignée par l'assuré en cas de décès ou de PTIA de ce dernier.
Cible	Age minimum : 18 ans Age maximum : 74 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier.
Relation avec les autres garanties	Cette garantie peut être couplée à n'importe quelle autre garantie. Une garantie PTIA est associée (sauf cas dérogatoires).
Fiscalité	La garantie est éligible à la loi Madelin.
Conditions d'acceptation	Selon grille de formalités médicales.
Montant de souscription	Montant Minimum : 1 800 € / an Montant Maximum : 50 000 € / an
Délai d'attente	aucun
Exclusions	Idem Décès toutes causes.
Indemnisation	Versement mensuel d'une rente viagère à terme échu et non réversible au bénéficiaire de l'assuré lors du décès de ce dernier, suite à une maladie ou un accident. L'assuré choisit au moment de la souscription le montant de rente viagère qui sera versé à son bénéficiaire en cas de décès. Néanmoins, au moment du sinistre la transformation en rente temporaire sera possible, le montant de la rente sera alors recalculé en conséquence. Garantie jusqu'à la veille du 76ème anniversaire de l'assuré

2.2.6 La Rente Education

RENTE EDUCATION	
Objet de la garantie	Versement d'une rente temporaire aux enfants désignés en cas de décès ou de PTIA de l'assuré. Cette rente a vocation à garantir aux enfants de l'assuré un revenu minimum jusqu'à la fin de leurs études
Cible	Age minimum : 18 ans Age maximum : 74 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier
Relation avec les autres garanties	Cette garantie peut être couplée à n'importe qu'elle autre garantie. Une garantie PTIA est associée (sauf cas dérogatoires).
Fiscalité	La garantie est éligible à la loi Madelin. La fiscalité sera la même pour l'ensemble des garanties Rente éducation.
Conditions d'acceptation	Selon grille de formalités médicales. 1 enfant = 1 rente Le client a deux choix à la souscription : - Soit il souhaite un montant de rente unique qui n'évolue pas dans le temps : dans ce cas il choisit pour chaque enfant le montant de rente qu'il souhaite ; - Soit il souhaite un montant évoluant dans le temps en fonction de l'âge des enfants : Si le client accepte ces paliers, il ne lui reste alors plus qu'à choisir pour chaque tranche le montant de rente annuelle qu'il souhaite. Dans le parcours : la sélection des paliers d'âge de la rente éducation est absolument libre. Il n'y a aucun âge imposé
Montant de souscription	Montant Minimum : 900 € / enfant / an Montant Maximum : 50 000 € / enfant / an Le choix du montant de rente peut être différent pour chaque enfant
Délai d'attente	aucun
Exclusions	Idem Décès toutes causes
Indemnisation	Versement mensuel d'une rente temporaire à terme échu et non réversible à chaque enfant bénéficiaire lors du décès de l'assuré, suite à une maladie ou un accident. La rente leur sera versée jusqu'à la fin de leur études, et au plus tard jusqu'à la veille de leur 26ème anniversaire. (sous réserve de transmission du justificatif de scolarité) Garantie jusqu'à la veille du 76ème anniversaire de l'assuré.

2.2.7 La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	
Objet de la garantie	Versement par anticipation des capitaux décès, des rentes éducation et de la rente de conjoint en cas de PTIA. La mise en jeu de cette garantie met fin au contrat.
Cible	Toute personne jusqu'à 74 ans inclus.
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier
Relation avec les autres garanties	Elle est associée obligatoirement au décès (décès toutes causes, décès accidentel, rente éducation et rente conjoint). <ul style="list-style-type: none"> ○ Si souscription du DCTC : PTIA toutes causes ○ Si souscription du DA : PTIA Accidentelle ○ Si souscription DCTC + DA : chacune de ces deux garanties aura sa propre PTIA. Si PTIA suite accident, les 2 PTIA seront mises en jeu.
Fiscalité	La garantie ne bénéficie pas des avantages fiscaux accordés par la loi Madelin sauf lorsqu'elle est associée aux garanties Rente Education et Rente de Conjoint .
Conditions d'acceptation	Formalités médicales de la garantie associée
Montants de souscription	Le montant PTIA = au montant capital Décès associé ou de la rente
Délai d'attente	aucun
Réassurance	Dans le cas de la réassurance, le réassureur peut accepter en fonction du montant souscrit d'assurer le DC et non la PTIA. A partir du moment où on refuse le risque PTIA on le refuse pour toutes les garanties associées. Dans ce cas, la PTIA devra être retirée du contrat manuellement par le gestionnaire. Il s'agit de suivre le process existant sur le sujet.
Exclusions	Exclusions des garanties associées et des suites et conséquences de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de la personne assurée, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide. Les activités trop risquées pourront donner lieu à des exclusions. Les garanties peuvent être exclues / refusées après analyse médicale.
Indemnisation	Si l'assuré tombe en PTIA, le capital décès ainsi que les prestations relatives aux Rentes éducation et Rentes de conjoint (si souscrites) devront être versées. Le contrat prend fin. Le capital décès est versé à l'assuré. La ou les rentes éducation sont versées aux enfants La rente de conjoint est versée à la personne désignée Garantie jusqu'à la veille du 76ème anniversaire de l'assuré.

2.3 DETAIL DES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE

2.3.1 Tableau recapitulatif

Garanties	Prestations
Indemnités Journalières en cas d'accident (IJA)	Cette garantie prévoit le versement d'indemnités journalières forfaitaires lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'incapacité temporaire totale de travail à la suite d'un accident (IJA) ou d'une maladie ou d'un accident (IJMA)
Indemnités Journalières en cas de Maladie / d'Accident (IJMA)	
Indemnités journalières en cas d'hospitalisation (GH)	Cette garantie prévoit le versement d'une allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation.
Exonération temporaire des cotisations (EXT)	Cette garantie permet d'exonérer l'adhérent du paiement des cotisations de l'adhésion tout en maintenant les garanties en cas d'incapacité totale

A noter :

- Choix de nombreuses franchises
- Durée d'indemnisation au choix : 365 jours ou 1095 jours
- Incapacité temporaire partielle (30 ou 90 jours maximum selon la garantie) incluse
- Abrogation de franchise en cas d'hospitalisation incluse dans la garantie pour le démarrage de l'indemnisation
- Assistance incluse
- Pas de délai d'attente en cas d'accident mais uniquement en cas de maladie (cf tableau des durées)
- Abrogation des délais d'attente en cas de reprise concurrence (garantie et montant équivalent/sur justificatifs)
- Option Dos & Psy possible pour la garantie IJ Maladie/ Accident
- Indemnités Journalières en cas de Maladie / d'Accident éligible au Bonus IJ (pas de bonus IJ pour la garantie IJ accident)

Ce qu'il faut retenir :

- **Il faut exercer une activité professionnelle.**

Si au jour du sinistre, c'est à dire au 1er jour de l'arrêt de travail, l'assuré est au **chômage**, ou en cessation d'activité professionnelle, alors **l'indemnisation n'est pas possible**. Les cotisations seront remboursées pour la période non couverte qui n'excédera néanmoins pas 60 jours.

- **Pas de plafond de garanties, mais des justificatifs de revenus à fournir**

Il faut préciser que selon les montants souscrits, l'intermédiaire demandera des justificatifs à fournir à la souscription (cf. chapitre justificatifs car dépend des seuils (cf plus bas)).

- **Réduction de franchise en cas d'hospitalisation,**

Que la garantie GH ait été souscrite ou non, si la franchise souscrite est inférieure ou égale à 30 jours et si l'hospitalisation est supérieure ou égale à 2 nuits alors on indemnise au 1er jour d'hospitalisation.

- **Indemnisation en reprise à temps partiel,**
 - o **IJA:** Incapacité temporaire partielle : versement $\frac{1}{2}$ IJ **pendant 30 jours maximum** si l'arrêt de travail est > à 90 jours consécutifs,
 - o **IJMA:** Incapacité temporaire partielle versement d'une $\frac{1}{2}$ IJ **pendant 90 jours maximum** si l'arrêt de travail est > à 90 jours consécutifs

- **Absence de franchise en cas de rechute (pour la même cause),**

Dans les 2 mois suivant la reprise de travail et dans ce cas, on ne réapplique pas la franchise ; on verse de nouveau les indemnités journalières.

Bon à savoir :

Des Montants d'IJ plafonné sans justificatifs de revenus

- ≤ 180 €/j pour les Professions Libérales, salariées ou non
- ≤ 70 €/j pour les salariés
- ≤ 100 €/j pour les autres CSP (artisans, commerçants, agriculteurs,...)

Au delà de ces montants l'adhérent devra présenter ses justificatifs lors de la souscription (cf chap justificatifs)

2.3.2 Les Indemnités journalières Accident

Indemnités journalières Accident	
Objet de la garantie	Versement d'indemnités journalières forfaitaires lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'incapacité temporaire totale de travail suite à un accident
Cible	Toute personne ayant une activité réelle et rémunérée. Age minimum : 18 ans Age maximum : 62 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier
Les garanties annexes	Incapacité temporaire partielle : versement $\frac{1}{2}$ IJ pendant 30 jours maximum si l'arrêt de travail est > à 90 jours consécutifs, Abrogation de franchise en cas d'hospitalisation de 2 nuits minimum avec une franchise inférieure ou égale à 30 jours.
Relation avec les autres garanties	Peut être vendue seule ou avec toute autre garantie sauf rente invalidité Maladie / Accident. Une garantie exonération des cotisations temporaire (EX.T) est obligatoirement associée. En cas d'association d'IJA et IJMA les paliers de franchises accident choisis doivent être identiques entre IJA et IJMA.
Franchise	0 / 3 jours. Pas de bonus IJ.
Durée de versement	365 ou 1095 jours La durée de versement correspond à la durée maximale d'indemnisation après application de la franchise. <i>Exemple: pour une durée de versement de 365 jours et une franchise de 30 jours, l'assuré sera indemnisé du 31^{ème} au 395^{ème} jour d'arrêt de travail.</i>
Délai d'attente	aucun
Fiscalité	Cette garantie peut être souscrite dans le cadre de la loi Madelin pour les Travailleurs Non-Salariés
Conditions d'acceptation	Il est indispensable d'exercer une activité professionnelle pour pouvoir souscrire la garantie IJ accident. Aucune formalité médicale.
Montant de souscription	Montant Minimum : 15 € Montant Maximum : selon revenus annuels justifiés à la souscription
Refus / Exclusion	Idem Décès Accidentel + Périodes d'absences d'activité professionnelle; ITT survenant pendant une période de congé maternité / paternité; arrêts de travail consécutifs à une maladie; Les activités trop risquées pourront donner lieu à des exclusions.
Indemnisation	L'incapacité est appréciée par rapport à la profession exercée par l'assuré La garantie s'arrête la veille du 67 ^{ème} anniversaire de l'assuré ou en cas de départ à la retraite En cas de reprise d'activité, s'il y a rechute dans les 2 mois, pour un nouvel arrêt de travail pour la même cause on considère que ce n'est pas un nouvel arrêt de travail mais la prolongation de l'arrêt précédent et on n'applique pas de nouvelle franchise.

2.3.3 Les Indemnités journalières Maladie / Accident

Indemnités journalières Maladie / Accident																																																		
Objet de la garantie	Versement d'indemnités journalières forfaitaires lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'incapacité temporaire totale de travail à la suite d'un accident ou d'une maladie après application de la franchise et dans la limite de la durée de versement choisie par le client à la souscription. L'assuré bénéficie d'un avantage fidélité sur la garantie IJ Maladie/Accident : le Bonus IJ.																																																	
Cible	Toute personne ayant une activité réelle et rémunérée. Age minimum : 18 ans Age maximum : 62 ans inclus																																																	
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier pour les seuls états d'invalidité constatés en France métropolitaine, DOM et Monaco																																																	
Les garanties annexes	Incapacité temporaire partielle, versement d'une ½ IJ pendant 90 jours maximum si l'arrêt de travail est > à 90 jours consécutifs. Abrogation de franchise en cas d'hospitalisation de 2 nuits minimum avec une franchise inférieure ou égale à 30 jours.																																																	
Relation avec les autres garanties	Peut être vendue seule ou avec toute autre garantie sauf rente invalidité Accident. Une garantie exonération des cotisations temporaire (EX.T) est obligatoirement associée En cas d'association d'IJA et IJMA les paliers de franchises accident choisis doivent être identiques entre IJA et IJMA																																																	
Franchise	<p>La garantie IJ Accident-Maladie propose des franchises constantes, progressives et dégressives</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IJ constantes proposées</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0A/3M</td></tr> <tr><td>0A/7M</td></tr> <tr><td>0A/15M</td></tr> <tr><td>0A/30M</td></tr> <tr><td>3A/3M</td></tr> <tr><td>3A/7M</td></tr> <tr><td>3A/15M</td></tr> <tr><td>3A/30M</td></tr> <tr><td>7A/7M</td></tr> <tr><td>7A/15M</td></tr> <tr><td>7A/30M</td></tr> <tr><td>15A/15M</td></tr> <tr><td>15A/30M</td></tr> <tr><td>30A/30M</td></tr> <tr><td>60A/60M</td></tr> <tr><td>90A/90M</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">IJ progressives proposées (disponibles à partir du 03/11/2014)</th> </tr> <tr> <th>1ère franchise</th> <th>2ème franchise</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">0A/15M</td> <td>30A/30M</td> </tr> <tr> <td>90A/90M</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">0A/30M</td> <td>365A/365M</td> </tr> <tr> <td>30A/30M</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">7A/7M</td> <td>90A/90M</td> </tr> <tr> <td>365A/365M</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">30A/30M</td> <td>15A/15M</td> </tr> <tr> <td>30A/30M</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">7A/15M</td> <td>90A/90M</td> </tr> <tr> <td>365A/365M</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">15A/15M</td> <td>90A/90M</td> </tr> <tr> <td>365A/365M</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">IJ dégressives proposées (disponibles à partir du 03/11/2014)</th> </tr> <tr> <th>1ère franchise</th> <th>2ème franchise</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0A/15M</td> <td rowspan="5">90A/90M</td> </tr> <tr> <td>0A/30M</td> </tr> <tr> <td>7A/7M</td> </tr> <tr> <td>15A/15M</td> </tr> <tr> <td>30A/30M</td> </tr> </tbody> </table>	IJ constantes proposées	0A/3M	0A/7M	0A/15M	0A/30M	3A/3M	3A/7M	3A/15M	3A/30M	7A/7M	7A/15M	7A/30M	15A/15M	15A/30M	30A/30M	60A/60M	90A/90M	IJ progressives proposées (disponibles à partir du 03/11/2014)		1ère franchise	2ème franchise	0A/15M	30A/30M	90A/90M	0A/30M	365A/365M	30A/30M	7A/7M	90A/90M	365A/365M	30A/30M	15A/15M	30A/30M	7A/15M	90A/90M	365A/365M	15A/15M	90A/90M	365A/365M	IJ dégressives proposées (disponibles à partir du 03/11/2014)		1ère franchise	2ème franchise	0A/15M	90A/90M	0A/30M	7A/7M	15A/15M	30A/30M
IJ constantes proposées																																																		
0A/3M																																																		
0A/7M																																																		
0A/15M																																																		
0A/30M																																																		
3A/3M																																																		
3A/7M																																																		
3A/15M																																																		
3A/30M																																																		
7A/7M																																																		
7A/15M																																																		
7A/30M																																																		
15A/15M																																																		
15A/30M																																																		
30A/30M																																																		
60A/60M																																																		
90A/90M																																																		
IJ progressives proposées (disponibles à partir du 03/11/2014)																																																		
1ère franchise	2ème franchise																																																	
0A/15M	30A/30M																																																	
	90A/90M																																																	
0A/30M	365A/365M																																																	
	30A/30M																																																	
7A/7M	90A/90M																																																	
	365A/365M																																																	
30A/30M	15A/15M																																																	
	30A/30M																																																	
7A/15M	90A/90M																																																	
	365A/365M																																																	
15A/15M	90A/90M																																																	
	365A/365M																																																	
IJ dégressives proposées (disponibles à partir du 03/11/2014)																																																		
1ère franchise	2ème franchise																																																	
0A/15M	90A/90M																																																	
0A/30M																																																		
7A/7M																																																		
15A/15M																																																		
30A/30M																																																		

	Cette garantie est éligible au Bonus IJ.
Durée de versement	365 ou 1095 jours La durée de versement correspond à la durée maximale d'indemnisation après application de la franchise. <i>Exemple : pour une durée de versement de 365 jours et une franchise de 30 jours, l'assuré sera indemnisé du 31^{ème} au 395^{ème} jour d'arrêt de travail.</i>
Délai d'attente	Accident : aucun Maladie y compris infectieuse : 3 mois (abrogeables en cas de reprise concurrence) Neurologie : 6 mois (abrogeables en cas de reprise concurrence) Dos / psy : 6 mois (abrogeables en cas de reprise concurrence)
Fiscalité	Cette garantie peut être souscrite dans le cadre de la loi Madelin pour les Travailleurs Non-Salariés.
Conditions d'acceptation	Il est indispensable d'exercer une activité professionnelle pour pouvoir souscrire la garantie IJ Maladie Accident. La nature même de la profession a un fort impact sur le tarif notamment en ce qui concerne les activités dangereuses (tarification par classe de risque) Selon grille de formalités médicales.
Montant de souscription	Montant Minimum : 15 € Montant Maximum : selon revenus annuels justifiés à la souscription.
Refus Exclusion /	Exclusion possible des risques dos + psy De plus, sont exclues du champ d'application des garanties IJ, les périodes d'incapacité temporaire totale de travail qui se situent pendant la durée légale du congé de maternité (au minimum six semaines avant et 10 semaines après l'accouchement) ou paternité indemnisées par le régime obligatoire. Les activités trop risquées pourront donner lieu à des exclusions. Les garanties peuvent être exclues / refusées après analyse médicale.
Indemnisation	L'incapacité est appréciée par rapport à la profession exercée par l'assuré La garantie s'arrête la veille du 67 ^{ème} anniversaire de l'assuré ou en cas de départ à la retraite En cas de reprise d'activité, s'il y a rechute dans les 2 mois, pour un nouvel arrêt de travail pour la même cause on considère que ce n'est pas un nouvel arrêt de travail mais la prolongation de l'arrêt précédent et on n'applique pas de nouvelle franchise.

2.3.4 Couverture des Frais généraux pour un TNS

Nos clients TNS, enregistrés en qualité de personne physique, n'ont pas accès à une garantie spécifique "frais généraux". Cette prestation spécifique a été créée uniquement dans l'offre AZ Prévoyance Personne Clé réservée aux personnes morales.

Pour autant, un TNS « personne physique » qui souhaite se couvrir ;

- soit contre la perte de revenus professionnels,
- soit pour la couverture de ses charges fixes (soit les 2),

a la possibilité de le faire dans le cadre des offres Allianz Prévoyance ou Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié au sein de la même garantie IJ.

Il pourra souscrire la **garantie IJ Maladie et Accident standard avec des franchises constantes, progressives ou dégressives** en fonction de ses besoins.

Pour lui faciliter la souscription, la règle a été aménagée : le plafond de garantie fixé à 40 % du C.A ou 100 % du revenu net imposable du TNS a été supprimé. Grace à cet ajustement, il est **possible d'intégrer et garantir les frais généraux fixes du TNS en nom propre sous réserve de fournir les justificatifs suivants : justificatifs de frais fixes (pour IJ frais généraux) / Justificatifs de chiffres d'affaires.**

Ce qu'il faut retenir :

Le montant d'IJ pouvant être souscrit (revenus + charges fixes) est limité à 100€ voire 180€ sans justificatifs selon la CSP. Au-delà de ces seuils, le montant est limité aux revenus et aux charges que le prospect peut justifier.

2.3.5 La Garantie Hospitalisation (non solidaire)

Garantie Hospitalisation	
Objet de la garantie	Versement, en cas d'hospitalisation, d'une allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation
Cible	Toute personne quelle que soit sa catégorie socioprofessionnelle, peut souscrire jusqu'à l'âge de 62 ans inclus. Age minimum : 18 ans Age maximum : 62 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier.
Relation avec les autres garanties	La GH ne peut pas être souscrite seule, elle doit obligatoirement être associée à une autre garantie
Franchise	2 nuits d'hospitalisation
Conditions d'acceptation	Selon grille de formalités médicales Le seuil de la GH n'est pas cumulé avec le seuil des IJ pour prise en compte du niveau des Formalités médicales
Montant souscription	Montant minimum (par personne assurée et par jour) = 15€ Montant maximum (par personne assurée et par jour) = 100€
Délai d'attente	Accident : aucun Maladie (yc infectieuse) : 3 mois (abrogeables en cas de reprise concurrence) Maternité : 6 mois (abrogeables en cas de reprise concurrence) Neurologie : 6 mois (abrogeables en cas de reprise concurrence) Dos / psy : 6 mois (abrogeables en cas de reprise concurrence)
Limitations garanties	le nombre de journées d'hospitalisation indemnisées est limité à : - 730 jours par hospitalisation dans le cas général,

	<p>- 100 jours par année d'assurance pour les hospitalisations dans un service psychiatrique ou neuropsychiatrique d'un hôpital public ou participant au service public hospitalier, et pour les hospitalisations en moyen séjour (Hospitalisation pour rééducation fonctionnelle et réadaptation, hospitalisation de repos, convalescence, régime alimentaire, etc., pour adultes ou enfants (y compris séjour en sanatorium))</p> <p>- jusqu'à la veille des 67 ans de l'assuré</p>
Fiscalité	Cette garantie peut être souscrite dans le cadre de la loi Madelin pour les TNS
Exclusions	<p>Ne donnent pas droit au versement de l'allocation forfaitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les hospitalisations dont la durée est inférieure à deux nuits notamment les hospitalisations de jour, • les séjours effectués : <ul style="list-style-type: none"> - dans des établissements non hospitaliers, - dans les établissements hospitaliers suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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, ○ cliniques psychiatriques, ○ maisons d'enfants à caractère sanitaire, ○ établissements de cure, à l'exception des cures thermales, ○ en maison de repos, sauf lorsqu'ils sont consécutifs à un événement garanti. • les événements résultant : <ul style="list-style-type: none"> - d'un traitement ou d'une intervention chirurgicale à but esthétique, - d'un accident survenu au cours des sports aériens suivants: ULM, deltaplane, parapente, vol à voile, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de record, vols sur prototype, vols d'essais, saut à l'élastique, (à l'exception du parachutisme), <p>Les activités trop risquées pourront donner lieu à des exclusions.</p>
Indemnisation	<p>Cette garantie prévoit le versement d'indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation de l'assuré à la suite d'une maladie ou d'un accident, de l'hospitalisation d'un enfant nouveau-né ou de la présence d'un parent au chevet d'un enfant hospitalisé de moins de 13 ans. L'enfant nouveau-né est gardé seul en milieu hospitalier après le départ de sa mère. L'allocation est versée tant que l'enfant est gardé seul à l'hôpital. Le parent doit rester au chevet de l'enfant au moins 2 nuits.</p> <p>L'hospitalisation peut être effectuée à domicile sur prescription et contrôles médicaux.</p> <p>La garantie s'arrête la veille du 67ème anniversaire de l'assuré.</p>

2.3.6 L'exonération temporaire des cotisations

Exonération temporaire des cotisations (EXT)	
Objet de la garantie	Exonération complète du paiement des cotisations à échoir de toutes les garanties dès lors que l'état de l'assuré justifie le versement d'IJ (tout en maintenant les garanties en cas d'incapacité totale temporaire)
Cible	Toute personne ayant une activité réelle et rémunérée Age minimum : 18 ans Age maximum : 62 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier
Le contenu de la garantie	Exonération temporaire en cas d'ITT (EXT)
Relation avec les autres garanties	EXT : Cette garantie est obligatoirement associée à une garantie IJ (Accident ou Accident-Maladie). <ul style="list-style-type: none"> • en cas de souscription d'IJ seule, ce sera l'exo T qui sera associée. • en cas d'une souscription de garanties DC + IJ/Exo + RENTE INVAL, il y aura les 2 exo (exo T et exo D) sur le contrat mais une seule sera mise en jeu en fonction de l'état de santé : si incapacité -> exo T et si rente inval -> Exo D. le contrat est exonéré. • en cas d'une souscription de garanties DC + IJ/Exo + CAP INVAL → il y aura les 2 exo (exo T et exo D) sur le contrat.
Fiscalité	La garantie ne bénéficie pas des avantages fiscaux accordés par la loi Madelin.
Conditions d'acceptation	Sans objet
Exclusions	Celles qui ne donnent pas lieu à indemnisation en incapacité
Indemnisation	En cas d'incapacité totale temporaire, la garantie prévoit l'exonération du paiement des cotisations de l'adhésion à l'expiration d'une période de franchise de 60 jours d'arrêt de travail et jusqu'à la fin de l'ITT ou la fixation d'un taux d'invalidité. En cas de reprise de travail à mi-temps thérapeutique (ITP), l'exonération cesse. La garantie s'arrête la veille du 67ème anniversaire de l'assuré

2.3.7 Zoom sur le Bonus IJ

Le Bonus IJ permet à l'assuré d'acquérir des Indemnités journalières supplémentaires au titre de sa garantie Incapacité Temporaire Totale suite à un accident ou une maladie.

2.3.7.1 Modalités d'acquisition du Bonus :

1 an = 1 Jrs :

L'assuré n'ayant 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) acquiert un jour de bonus

Max 7 Jrs :

Le bonus acquis s'ajoute au solde de l'année précédente dans la limite de 7 jours

2.3.7.2 La consommation du Bonus

Dès lors que l'assuré remplit toutes les conditions d'indemnisation en arrêt de travail, le bonus acquis pourra être mis en jeu si l'assuré perçoit 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 la franchise appliquée.**

- L'utilisation de jour(s) de bonus vient diminuer le solde acquis
- Les jours de bonus non consommés s'ajouteront aux prochains jours acquis et pourront être utilisés pour un arrêt de travail ultérieur
- La résiliation de la garantie Incapacité Temporaire Totale suite à accident ou maladie remet à zéro le bonus

Cas particuliers des IJMA avec franchise accident 1 jour :

Le client étant indemnisé au 1er jour, il ne bénéficiera pas du bonus. Cela signifie qu'en cas de sinistre accident indemnisé le client ne consommera pas de bonus.

Il n'y aura ni consommation de bonus ni de jours de bonus acquis mais conservation du solde (si existant).

2.3.7.3 Consultation

Communication annuelle du solde de Bonus IJ

- pour un client :
sur l'avis d'échéancier, indication du nombre de jours restant à consommer

- pour un commercial:

Dans GCP web sur l'écran de consultation fenêtre LC, le nombre de jours restant à consommer indiqué au client sur l'avis d'échéancier. Sur les fenêtres « prestation IJ versées », le nombre de jours consommés pour la prestation et sur le pop up « compteur » le nombre de jours restants après prestation

- pour un gestionnaire :
la même consultation que le commercial

2.3.7.4 Les illustrations en Cas pratiques

Exemple 1 :

Dans le cas où un assuré a souscrit une IJMA avec franchise 7 jours (7A/7M), qu'il est en arrêt de travail de 5 jours suite à accident et qu'il a acquis 1 jour de Bonus. Alors, il ne lui sera rien versé au titre de sa

garantie IJMA ni au titre du bonus puisque la franchise n'est pas atteinte. S'il n'a pas d'autre arrêt de travail au cours de l'année d'assurance, il acquiert un jour de bonus supplémentaire.

Exemple 2 :

Dans le cas où un assuré a souscrit une IJMA avec franchise 3 jours (3A/15M), qu'il a un arrêt de travail de 5 jours suite à accident et qu'il a acquis 7 jours de Bonus. ; alors il lui sera versé 2 jours d'IJ au titre de sa garantie IJ et 3 jours de Bonus. Il restera un solde de 4 jours de bonus.

2.3.8 Zoom sur la couverture Dos/Psy

Les garanties invalidité et incapacité peuvent être étendues aux maladies dorsales et psychiques (au choix du client)

Cette extension des garanties Incapacité /Invalidité **MALADIE ACCIDENT** permet de prendre en compte sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ou de mise sous tutelle ou curatelle (sous réserve cependant des éventuelles exclusions notifiées par l'assureur à l'assuré au moment de l'adhésion) les risques suivants :

- **DOS =**

les sinistres résultant d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques,

- **PSY =**

les sinistres résultant d'une dépression ou d'un syndrome anxiо-dépressif ou d'un syndrome de fatigue chronique, d'un burn-out ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuro-psychiatrique.

L'assuré est couvert pour les sinistres résultant de ces affections (hors maladies en évolution ou chroniques non déclarées à l'Assureur) s'il subit une incapacité ou invalidité couverte par l'une des garanties qu'il a initialement choisie et qu'il a choisi d'étendre aux maladies dorsales et psychiques.

Modalités :

- 1- **Applicable sur toutes les garanties proposant cette option** (IJ Maladie Accident, rente invalidité Maladie Accident, capital invalidité Maladie Accident) : il n'est pas possible de choisir cette option sur certaines garanties et de ne pas la prendre sur d'autres garanties.
- 2- **Implique un tarif majoré.**
- 3- le déclenchement est similaire aux conditions des garanties incapacité/invalidité.
- 4- Cette couverture DOS/PSY ne peut être choisie qu'au moment de l'adhésion uniquement.
- 5- Lors de l'étude médicale quand l'option "Dos/Psy" est choisie, **des exclusions se rapportant aux "Dos/Psy" pourront être appliquées selon les déclarations de santé** du candidat à l'assurance. Dans ce cas, il reviendra au prospect d'accepter ou pas celles-ci. En cas de refus par le client, pas d'option dos/psy sur le contrat (garantie hors dos/psy)

2.4 DETAIL DES GARANTIES EN CAS D'INVALIDITE

2.4.1 Tableau récapitulatif

Garanties	Prestations
Rente d'invalidité Accident (RIA)	Paiement d'une rente forfaitaire lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente suite à un accident.
Rente d'invalidité Maladie / Accident (RIMA)	Paiement d'une rente forfaitaire lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente suite à un accident ou une maladie
Capital invalidité Accident (CIA)	Paiement d'un capital lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente suite à un accident
Capital invalidité Maladie / Accident (CIMA)	Paiement d'un capital lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente suite à un accident ou une maladie
Exonération des cotisations (EXD)	Cette garantie permet d'exonérer l'adhérent du paiement des cotisations de l'adhésion tout en maintenant les garanties en cas d'invalidité
Maladies Redoutées (MR)	Garantie couvrant les risques de maladies graves (cf. liste des maladies recensées), sous la forme du versement d'un capital forfaitaire. La mise en jeu de cette garantie met fin à la garantie mais ne met pas fin à l'adhésion et est sans impact sur les autres garanties.

Ce qu'il faut retenir :

- Un renfort Dos & Psy est proposé. (cf. détails dans le chapitre dédié)
- Les garanties capital invalidité et rente invalidité (en option) couvrent l'invalidité partielle dès 15% d'invalidité constatée par le Médecin Conseil (et sans rapport avec le constat sécurité sociale).
- Le capital ou la rente invalidité versé(e) est proportionnel(le) au taux d'invalidité en cas de seuil inférieur à 66 %.
- L'assuré est reconnu en invalidité permanente totale si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 % alors le capital sera entièrement versé
- **L'assuré ne peut pas cumuler sur un même contrat la rente invalidité accident et la rente invalidité maladie/accident MAIS il peut cumuler les capitaux invalidité.**

2.4.1.1 le calcul du taux d'invalidité

Lorsque l'état de santé de l'assuré est consolidé et entraîne une incapacité totale **d'exercer son activité professionnelle**, notre médecin détermine un taux d'invalidité fonctionnelle et un taux d'invalidité professionnelle.

Cette appréciation est indépendante de celle du Régime français d'Assurance Maladie.

Le taux d'invalidité utilisé pour l'indemnisation est obtenu à l'aide d'un tableau croisant le taux d'invalidité fonctionnelle et le taux d'invalidité professionnelle (cf. Notice d'Information)

2.4.1.2 Le choix du barème

Pour l'évaluation du taux d'invalidité fonctionnelle, à la souscription, l'assuré a le choix entre

- le barème standard ou
- le barème spécifique

Le barème standard :

Il est aussi appelé barème Rousseau. Il est publié par le Concours Médical, et ne tient pas compte de l'incidence sur l'activité professionnelle. C'est la version du barème disponible au jour de l'expertise qui sera utilisée pour la détermination de l'invalidité.

Le barème spécifique :

Il est contractuel et sa particularité est de prendre en compte la profession exercée. Il est fourni à la souscription (intégré dans la Notice d'Information).

2.4.2 La Rente d'Invalidité Accident

Rente d'invalidité Accident (RIA)	
Objet de la garantie	Versement d'une rente forfaitaire lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente suite à Accident.
Cible	Toute personne ayant une activité professionnelle réelle et rémunérée peut souscrire L'âge minimum de souscription est fixé à 18 ans. L'âge maximum de souscription est fixé à 62 ans inclus.
L'étendue territoriale	La garantie est acquise pour les seuls états d'invalidité constatés en France métropolitaine, DOM et Monaco
Relation avec les autres garanties	Cette garantie ne peut pas être vendue seule, elle doit être associée obligatoirement à une garantie IJ 1095 Accident. Elle ne peut pas être souscrite en même temps qu'une garantie IJ Accident/Maladie ou Rente Invalidité Accident/Maladie. Une garantie exonération des cotisations définitive (EX.D) est obligatoirement associée En cas de souscription simultanée d'une IJA, d'une IJMA et d'une rente invalidité, cette dernière sera obligatoirement une rente d'invalidité Accident/Maladie. En cas de souscription d'une rente d'invalidité et d'un capital invalidité, le barème (Rousseau ou spécifique) choisi devra être le même.
Conditions d'acceptation	Aucune formalité médicale. Il est indispensable d'exercer une activité professionnelle pour pouvoir souscrire une des garanties rente d'invalidité.
Montant de souscription	montant min (par personne assurée) : 7 500 € / an
Délai d'attente	Aucun
Fiscalité	Cette garantie peut être souscrite dans le cadre de la loi Madelin pour les TNS
Exclusions	Les risques dos + psy pour la rente invalidité accident. Les activités trop risquées pourront donner lieu à des exclusions. Les garanties peuvent être exclues / refusées après analyse médicale.
Indemnisation	Cette garantie donne droit au versement d'une rente invalidité forfaitaire en cas d'invalidité permanente liée à un Accident. Le taux d'invalidité déclencheur sera au choix de l'assuré (15% ou 33%). Si le client choisit un taux déclencheur de 15% : <ul style="list-style-type: none"> - Si taux d'invalidité < 15% : Pas de versement de rente ; - Si $15\% \leq$ taux d'invalidité < 33% : la rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu - Si $33\% \leq$ Taux d'invalidité < 66% : la rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu / 66 - Si taux d'invalidité $\geq 66\%$: montant de rente = totalité du montant souscrit Si le client choisit un taux déclencheur de 33% : <ul style="list-style-type: none"> - Si taux d'invalidité < 33% : Pas de versement de rente ; - Si $33\% \leq$ Taux d'invalidité < 66% : la rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu / 66 - Si taux d'invalidité $\geq 66\%$: montant de rente = totalité du montant souscrit Le versement d'une rente donne lieu à une exonération totale des cotisations. La garantie s'arrête la veille du 67ème anniversaire de l'assuré au plus tard. La rente ne peut être versée si (et seulement si) on a refusé d'indemniser l'arrêt de travail (période de délai de carence, ou si l'arrêt de travail fait suite à une pathologie exclue). Cependant, si une personne a omis de nous demander sa prise en charge en

incapacité, ou si elle est directement déclarée invalide, Allianz n'a pas eu l'occasion de refuser l'indemnisation et donc par conséquent Allianz indemnisera l'invalidité.

2.4.3 La Rente d'Invalidité Maladie / Accident

Rente d'invalidité Maladie/Accident (RIMA)	
Objet de la garantie	Versement d'une rente forfaitaire lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente suite à une Maladie ou à un Accident.
Cible	Toute personne ayant une activité professionnelle réelle et rémunérée peut souscrire L'âge minimum de souscription est fixé à 18 ans. L'âge maximum de souscription est fixé à 62 ans inclus.
L'étendue territoriale	La garantie est acquise pour les seuls états d'invalidité constatés en France métropolitaine, DOM et Monaco
Relation avec les autres garanties	Cette garantie ne peut pas être vendue seule, elle doit être associée obligatoirement à une garantie IJ 1095 Maladie/Accident. Elle ne peut pas être souscrite en même temps qu'une Rente Invalidité Accident. Une garantie exonération des cotisations définitive (EX.D) est obligatoirement associée En cas de souscription simultanée d'une IJA, d'une IJMA et d'une rente invalidité, cette dernière sera obligatoirement une rente d'invalidité Accident/Maladie. En cas de souscription d'une rente d'invalidité et d'un capital invalidité, le barème (Rousseau ou spécifique) choisi devra être le même.
Conditions d'acceptation	Selon grille de formalités médicales Il est indispensable d'exercer une activité professionnelle pour pouvoir souscrire une des garanties rente d'invalidité.
Montant de souscription	montant min (par personne assurée) : 7 500 € / an
Délai d'attente	Aucun
Fiscalité	Cette garantie peut être souscrite dans le cadre de la loi Madelin pour les TNS
Exclusions	Exclusion possible des risques dos + psy (au choix du client) si rente Maladie/Accident : le niveau de garantie choisi doit être identique à celui des IJ Les activités trop risquées pourront donner lieu à des exclusions. Les garanties peuvent être exclues / refusées après analyse médicale.
Indemnisation	Cette garantie donne droit au versement d'une rente invalidité forfaitaire en cas d'invalidité permanente. Le taux d'invalidité déclencheur sera au choix de l'assuré (15% ou 33%). Si le client choisit un taux déclencheur de 15% : <ul style="list-style-type: none"> - Si taux d'invalidité < 15% : Pas de versement de rente ; - Si $15\% \leq$ taux d'invalidité < 33% : la rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu - Si $33\% \leq$ Taux d'invalidité < 66% : la rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu / 66 - Si taux d'invalidité $\geq 66\%$: montant de rente = totalité du montant souscrit Si le client choisit un taux déclencheur de 33% : <ul style="list-style-type: none"> - Si taux d'invalidité < 33% : Pas de versement de rente ; - Si $33\% \leq$ Taux d'invalidité < 66% : la rente servie est proportionnelle au taux d'invalidité retenu / 66 - Si taux d'invalidité $\geq 66\%$: montant de rente = totalité du montant souscrit Le versement d'une rente donne lieu à une exonération totale des cotisations. La garantie s'arrête la veille du 67ème anniversaire de l'assuré au plus tard. La rente ne peut être versée si (et seulement si) on a refusé d'indemniser l'arrêt de travail (car on était pendant le délai de carence, ou si l'arrêt de travail fait suite à une pathologie que l'on a exclu.), on applique la même logique sur l'invalidité, à savoir pas d'indemnisation. Cependant, si une personne a omis de nous demander sa prise

	en charge en incapacité, ou si elle est directement déclarée invalide, Allianz n'a pas eu l'occasion de refuser l'indemnisation et donc par conséquent Allianz indemnisera l'invalidité.
--	--

2.4.4 Le Capital Invalidité Accident

Capital invalidité Accident (CIA)	
Objet de la garantie	Versement d'un capital lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente des suites d'un accident.
Cible	Toute personne peut souscrire une garantie Capital Invalidité Accident. L'âge minimum de souscription est fixé à 18 ans. L'âge maximum de souscription est fixé à 62 ans inclus.
L'étendue territoriale	La garantie est acquise pour les seuls états d'invalidité constatés en France Métropolitaine, DOM et Monaco.
Relation avec les autres garanties	Cette garantie peut être vendue avec toute autre garantie (version Particuliers uniquement). Elle ne peut pas être souscrite seule sur le produit TNS, elle doit obligatoirement être associée à une autre garantie éligible Madelin. Une garantie exonération des cotisations définitive (EX.D) est obligatoirement associée En cas de souscription d'une rente d'invalidité et d'un capital invalidité, le barème choisi (spécifique ou standard) devra être le même. En cas de souscription d'un capital invalidité Maladie / Accident et d'un capital invalidité Accident, le client peut choisir de prendre le même montant ou des montants différents sur ces deux garanties.
Conditions d'acceptation	Aucune formalité médicale. Il n'y a pas de nécessité d'exercer une activité professionnelle. Toutefois cette garantie peut être refusée en fonction de la profession.
Montant de souscription	montant min (par personne assurée) : 15 000 €
Délai d'attente	Aucun
Fiscalité	La garantie ne bénéficie pas des avantages fiscaux accordés par la loi Madelin.
Exclusions	Les risques dos et psy sont automatiquement couverts pour la garantie capital invalidité accident. Les activités trop risquées pourront être exclues. La garantie peut être exclue / refusée après analyse médicale.
Indemnisation	Cette garantie donne droit au versement d'un capital en cas d'invalidité permanente des suites d'un accident (pas de versement en rente possible). Le capital versé est proportionnel au taux d'invalidité si le taux d'invalidité est inférieur à 66%. A partir de 66% d'invalidité, le capital est versé intégralement. Le capital peut être versé dès 15% d'invalidité. Le versement d'un capital met en jeu la garantie EX.D. L'assuré peut choisir le barème qui sera utilisé pour l'indemnisation (Rousseau ou spécifique). En cas de souscription d'une rente invalidité et d'un capital invalidité, le barème choisi devra être le même. La garantie s'arrête la veille du 67ème anniversaire de l'assuré au plus tard.

2.4.5 Le Capital Invalidité Maladie / Accident

Capital invalidité Maladie / Accident (CIMA)	
Objet de la garantie	Versement d'un capital lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'invalidité permanente des suites d'un accident ou d'une maladie.
Cible	Toute personne peut souscrire une garantie Capital Invalidité. L'âge minimum de souscription est fixé à 18 ans. L'âge maximum de souscription est fixé à 62 ans inclus.
L'étendue territoriale	La garantie est acquise pour les seuls états d'invalidité constatés en France Métropolitaine, DOM et Monaco.
Relation avec les autres garanties	Cette garantie peut être vendue avec toute autre garantie (version Particuliers uniquement). Elle ne peut pas être souscrite seule sur le produit TNS, elle doit obligatoirement être associée à une autre garantie éligible Madelin. Une garantie exonération des cotisations définitive (EX.D) est obligatoirement associée. En cas de souscription d'une rente d'invalidité et d'un capital invalidité, le barème choisi devra être le même. Les causes d'invalidité (toutes / toutes sauf psy et dos) seront identiques à celles choisies en IJMA (si souscrites). En cas de souscription d'un capital invalidité Maladie / Accident et d'un capital invalidité Accident, le client peut choisir de prendre le même montant ou des montants différents sur ces deux garanties.
Conditions d'acceptation	Selon grille de formalités médicales. Il n'y a pas de nécessité d'exercer une activité professionnelle. Toutefois cette garantie peut être refusée en fonction de la profession.
Montant de souscription	montant min (par personne assurée) : 15 000 €
Délai d'attente	Aucun
Fiscalité	La garantie ne bénéficie pas des avantages fiscaux accordés par la loi Madelin.
Exclusions	Exclusion possible des risques dos + psy (au choix du client). Les activités trop risquées pourront être exclues. La garantie peut être exclue / refusée après analyse médicale.
Indemnisation	Cette garantie donne droit au versement d'un capital en cas d'invalidité permanente (pas de versement en rente possible). Le capital versé est proportionnel au taux d'invalidité si le taux d'invalidité est inférieur à 66%. A partir de 66% d'invalidité, le capital est versé intégralement. Le capital peut être versé dès 15% d'invalidité. Le versement d'un capital met en jeu la garantie EX.D. L'assuré peut choisir le barème qui sera utilisé (Rousseau ou spécifique). En cas de souscription d'une rente invalidité et d'un capital invalidité, le barème choisi devra être le même. La garantie s'arrête la veille du 67ème anniversaire de l'assuré au plus tard.

2.4.6 L'exonération définitive des cotisations

Exonération définitive des cotisations (EXD)	
Objet de la garantie	Exonération complète du paiement des cotisations à échoir de toutes les garanties dès lors que l'état de l'assuré justifie le versement de tout ou partie de la rente invalidité ou du capital invalidité prévu au contrat.
Cible	Age minimum : 18 ans Age maximum : 62 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier
Le contenu de la garantie	Exonération définitive en cas d'invalidité (EXD)
Relation avec les autres garanties	<p>EXD : Cette garantie est obligatoirement associée à une garantie invalidité (rente ou capital).</p> <ul style="list-style-type: none"> • en cas de souscription d'IJ seule, ce sera l'exo T qui sera associée. • en cas d'une souscription de garanties DC + IJ/Exo + RENTE INVAL, il y aura les 2 exo (exo T et exo D) sur le contrat mais une seule sera mise en jeu en fonction de l'état de santé : si incapacité -> exo T et si rente inval -> Exo D. le contrat est exonéré. • en cas d'une souscription de garanties DC + IJ/Exo + CAP INVAL → il y aura les 2 exo (exo T et exo D) sur le contrat.
Fiscalité	La garantie ne bénéficie pas des avantages fiscaux accordés par la loi Madelin.
Conditions d'acceptation	Sans objet
Exclusions	Celles qui ne donnent pas lieu à indemnisation en invalidité
Indemnisation	<p>En cas d'invalidité permanente, la garantie prévoit l'exonération du paiement des cotisations de l'adhésion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - en cas souscription DC + IJ/Exo + RENTE INVAL (15%), si l'assuré est en invalidité à 30% → il touche une rente équivalente à ses 30% d'invalidité et la cotisation est exonérée. Les cotisations décès et IJ sont également exonérées et la garantie Exo T cesse. - en cas souscription DC + IJ/Exo + RENTE INVAL, si l'assuré est en invalidité > à 66% → il touche 100% de sa rente et la cotisation décès est exonérée (les garanties IJ et Exo T cessent). La cotisation liée à la rente n'existe plus (mise en jeu à 100%). <p>La garantie s'arrête la veille du 67ème anniversaire de l'assuré au plus tard.</p>

2.4.7 Le Capital Maladies Redoutées

Capital Maladies redoutées (MR)	
Objet de la garantie	Versement d'un capital forfaitaire lors du diagnostic d'une maladie grave. Dix pathologies couvertes : Cancer, Leucémies, Lymphomes, Insuffisances rénales, Maladie de Parkinson, Infarctus du myocarde, Accidents vasculaires cérébraux, Maladie d'Alzheimer, Greffe d'organe et Sclérose en plaque.
Cible	Age minimum : 18 ans Age maximum : 62 ans inclus
L'étendue territoriale	La garantie est acquise dans le monde entier.
Relation avec les autres garanties	Cette garantie peut être souscrite seule ou couplée à n'importe quelle autre garantie. (version Particuliers uniquement) Elle ne peut pas être souscrite seule sur le produit TNS, elle doit obligatoirement être associée à une autre garantie éligible Madelin
Conditions d'acceptation	Mêmes formalités médicales que sur le décès.
Montant de souscription	Montant Minimum : 7 500 € Montant Maximum : 125 000 €
Délai d'attente	6 mois (pour toutes les pathologies). Abrogeable en cas de reprise concurrence d'une garantie IJ
Fiscalité	La garantie ne bénéficie pas des avantages fiscaux accordés par la loi Madelin.
Refus / Exclusion	la garantie maladies redoutées sera refusée si le RA médical applicable sur les garanties Décès est supérieur à 35%. Si le RA _{DC} est inférieur ou égal à 35% : le client peut souscrire le capital maladies redoutées au tarif standard.
Indemnisation	En cas de maladie redoutée couverte par la garantie, le montant du capital est versé sous forme d'un capital immédiat. La mise en jeu de cette garantie ne met pas fin au contrat et est sans impact sur les autres garanties. La garantie s'arrête la veille du 67ème anniversaire de l'assuré au plus tard.

2.4.8 Zoom sur la couverture Dos/Psy

Cf paragraphe Zoom sur la couverture Dos/Psy dans le Détail des garanties en cas d'incapacité (2.3)

2.5 ILLUSTRATION DE MISE EN JEU DES GARANTIES

2.5.1 Un cas pratique en cas d'incapacité :

1- Un assuré souscrit une garantie IJMA :

- de 100€,
- franchise 15A/15M,
- durée 365 jours.

2- Il tombe en arrêt de travail.

3- Principe d'indemnisation

Règle générale :	On commence à verser les IJ à compter du 16ème jour .
En cas de bonus IJ :	Si l'assuré avait un bonus IJ de 3 jours, alors, on commence à verser les IJ dès le 13ème jour.
En cas d'hospitalisation :	En cas d'hospitalisation supérieure à 2 nuits, alors dans ce cas la franchise est réduite et on commence à verser les IJ dès le 1er jour d'hospitalisation .

4-gestion de la durée :

- Mise en jeu de l'exonération : **A partir du 61ème jour d'arrêt de travail**, la garantie **Exo T** est mise en jeu, ce qui signifie que l'assuré ne paie plus les cotisations de son contrat.
- Au plus tard, le versement des IJ s'arrêtera le **381ème jour d'arrêt de travail**. (365 jours d'indemnisation à compter du premier jour de versement des IJ)
- En cas de **reprise à temps partiel** intervenant après minimum 90 jours d'arrêt de travail, on ne verse plus qu'une $\frac{1}{2}$ IJ pendant 90 jours en cas d'IJMA (que 30 jours en cas d'IJA).

En cas de **rechute** (pour la même cause) dans les 2 mois suivant la reprise de travail, on ne réapplique pas la franchise et on verse de nouveau les IJ .

2.5.2 Un cas pratique en cas d'Invalidité :

Rente invalidité

1- Un assuré souscrit une rente invalidité de 20 000 €

2-Il tombe en invalidité : son taux d'invalidité est de **30%**

3- Principe d'indemnisation :

S'il a choisi un taux déclencheur de 15%	On lui verse une rente de $30\% \times 20\ 000\ \text{€} = 6\ 000\ \text{€}/\text{an}$ On met en jeu la garantie exo. D, ce qui signifie qu'il ne paie plus les cotisations de son contrat
S'il a choisi un taux déclencheur de 33%	On ne lui verse rien

4- Aggravation : Son taux d'invalidité est ensuite revu et passe à **50%** :

- On lui verse alors une rente de $50/66 \times 20\ 000\ \text{€} = 15\ 151.52\ \text{€}/\text{an}$ (et on met en jeu la garantie exo. D si ce n'était pas déjà fait).
- S'il tombe ensuite en invalidité totale (taux d'invalidité $\geq 66\%$), on lui versera alors l'intégralité de sa rente, à savoir 20 000 €/an

Capital invalidité

1- Un assuré souscrit un capital invalidité de 20 000 €.

2-Il tombe en invalidité : son taux d'invalidité est de **30%**

3-Gestion de l'indemnisation :

- On lui verse un capital de $30\% \times 20\ 000\text{ €} = 6\ 000\text{ €}$
- On met en jeu la garantie exo. D, ce qui signifie qu'il ne paie plus les cotisations de son contrat

4- Aggravation : Son taux d'invalidité est ensuite revu et passe à **50%** :

- On lui verse alors un capital supplémentaire de $50\% \times 20\ 000\text{ €} - 6\ 000\text{ €} = 4\ 000\text{ €}$
- S'il tombe ensuite en invalidité totale (taux d'invalidité $\geq 66\%$), on lui versera alors l'intégralité de son capital, moins ce qui a déjà été versé, à savoir $20\ 000\text{ €} - 6\ 000\text{ €} - 4\ 000\text{ €} = 10\ 000\text{ €}$

2.6 LES SERVICES ASSOCIES

2.6.1 L'assistance

Les garanties d'assistance sont associées systématiquement dès la souscription quel que soit la ou les garanties choisies.

Elles sont automatiquement intégrés aux garanties choisies.

La garantie d'assistance propose les nombreux services précisés dans la Convention d'assistance dédiée au produit.(intégrée dans la Notice d'information) - N° de protocole : N° 921 547

La garantie Assistance :

- est en inclusion quelque soit la ou les garanties choisies,
- est proposée par **Allianz Assistance**,
- propose des informations juridiques et pratiques,
- dispense un accompagnement psychologique,
- permet un **forfait de prestations à domicile d'un montant de 250 €**,
- ... cf NI.

2.6.2 La protection juridique

Le client qui souscrit la garantie Décès toutes causes bénéficie automatiquement de la garantie PJ.
A contrario, si le client ne souscrit pas la garantie décès, il ne bénéficiera pas de la PJ.

La garantie Protection juridique :

- est obligatoire dès lors que le client choisit la garantie Décès Toutes Causes,
- est dispensée de délai d'attente,
- est payante, son coût sera forfaitaire (3€/an),
- intervient pour tout litige suite au décès de l'assuré entrant dans le champ de la garantie « **Décès Toutes Causes** », sauf ceux faisant l'objet des exclusions générales et spécifiques à la garantie énoncée.

Elle propose :

- des informations sur les droits et obligations ainsi que sur les mesures nécessaires à la sauvegarde des intérêts de l'assuré,
- des conseils sur la conduite à tenir,

- effectue avec accord de l'assuré les démarches amiables nécessaires,
- prend en charge des frais et honoraires d'avocats dans la limite contractuelle des montants.

Elle intervient selon la territorialité :

- sans restriction si le litige relève de la compétence d'un tribunal de l'un des Etats suivants : France (métropole et Départements d'Outre-Mer⁵), autres états membres de l'Union Européenne, Andorre, Liechtenstein, Monaco, Saint-Marin, Suisse et Vatican.
- dans les autres Etats et les Pays d'Outre-Mer, Territoires d'Outre-Mer et Collectivités d'Outre-Mer, MAIS est limitée à la prise en charge du cout de la procédure judiciaire engagée par l'assuré ou contre l'assuré, à concurrence de 1600 € T.T.C.

⁵Départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte.

LE CONTRAT

Partie 3 - LE CONTRAT	44
3.1 Les intervenants	44
3.2 La durée du contrat	44
3.3 Conditions de souscription.....	44
3.3.1 Conditions liées à l'âge	44
3.3.2 Conditions liées à l'activité professionnelle	45
3.4 L'acceptation médicale	45
3.4.1 Sélection médicale.....	45
3.4.2 Règles de cumul des capitaux garantis :	46
3.4.3 Les examens médicaux.....	47
3.4.4 Sélection non-fumeur.....	47
3.4.5 Le circuit lié aux examens médicaux	48
3.4.6 Le remboursement des frais médicaux	49
3.4.7 Les risques aggravés médicaux.....	49
3.4.8 Les règles en cas de modifications de contrat.....	50
3.5 L'acceptation technique : risques aggravés.....	52
3.5.1 Les classes de risque.....	52
3.5.2 Les risques aggravés non médicaux	52
3.6 Les formalités financières	55
3.7 La fiscalité	55
3.8 La loi Evin	56
3.9 La loi Madelin.....	57

LE CONTRAT

PARTIE 3 - LE CONTRAT

3.1 LES INTERVENANTS

Dans l'offre Allianz Prévoyance et Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié :

1	Le souscripteur :	L'association ANCRE
2	L'adhérent :	L'adhérent = l'assuré = personne physique L'adhérent, l'assuré sont une seule et même personne
3	L'assuré :	Une tête, personne physique obligatoirement
4	Le bénéficiaire des prestations :	Le bénéficiaire est la personne recevant les prestations versées lorsqu'entrent en jeu les garanties. En cas de décès : le bénéficiaire est la personne désignée par l'assuré à l'adhésion ou ultérieurement. L'assuré et le bénéficiaire sont une seule et même personne pour les garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité.
5	Le payeur de cotisations	Personne physique (l'adhérent/assuré) ou personne morale (=entreprise dans laquelle le TNS exerce son activité et souhaite payer avec son compte professionnel)

3.2 LA DUREE DU CONTRAT

Le contrat est souscrit pour une durée d' 1 an puis renouvelé annuellement par tacite reconduction.

3.3 CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

3.3.1 Conditions liées à l'âge

Paramètres	Limite inférieure		Limite supérieure	
	L1	L2	L1	L2
Age à la souscription :				
- Garanties décès	18 ans	16 ans	74 ans	74 ans
- Autres garanties	18 ans	16 ans	62 ans	-
Âge au terme des garanties :				
- Garanties décès	-	-	75 ans*	-
- Autres garanties	-	-	66 ans**	-

* Veille du 76^{ème} anniversaire

** Veille du 67^{ème} anniversaire

- **Garanties décès**: Décès toutes causes, Décès accidentel, PTIA, Rente éducation, rente de conjoint, Double effet familial ;
- **Autres garanties**: Maladie redoutée, GH, IJA, IJMA, Rente d'invalidité accident, Rente d'invalidité maladie accident, Capital invalidité Accident, Capital invalidité Maladie Accident, EXT, EXD.

LE CONTRAT

3.3.2 Conditions liées à l'activité professionnelle

Contrat Allianz Prévoyance TNS :

Le Contrat est réservé à la personne exerçant une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ou au conjoint non salarié d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant une activité libérale, qui apporte une collaboration effective au Travailleur Non Salarié et est officiellement déclaré « conjoint collaborateur » par tout document officiel tel que K bis ou extrait d'Assemblée Générale.

Contrat Allianz Prévoyance :

Ce contrat est accessible à tous sans condition d'adhésion liée à l'activité professionnelle. Il est néanmoins indispensable d'exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée pour pouvoir souscrire une des garanties incapacité ou rente d'invalidité.

Les garanties seront suspendues en cas de chômage.

A noter que cette suspension n'est pas gérée de façon automatique mais nécessite une intervention des opérations pour la suppression de la (des) garantie(s) et l'ajout en cas de reprise d'activité.

3.4 L'ACCEPTATION MEDICALE

L'acceptation médicale se fait à partir :

- des garanties sélectionnées par le client, y compris pour les garanties à effet différé,
- de l'encours des contrats souscrits en Vie
- du questionnaire médical simplifié (QMS) ou du questionnaire médical interactif (QMI),
- et du guide d'acceptation médicale.

3.4.1 Sélection médicale

3.4.1.1 La grille des formalités médicales

fonction de l'âge de l'assuré, de la garantie choisie et des montants souscrits:

Age à l'adhésion	Formalités médicales et garanties	QMS / QMI (*)	QMI/QES	Visite médicale	Examens type II	Examens type III
Jusqu'à 49 ans	Garantie décès (1)	Jusqu'à 250 000€		de 250 001€ à 500 000€	de 500 001 à 1 900 000€	+ de 1 900 000€
	Capital Invalidité	Jusqu'à 250 000€		de 250 001€ à 500 000€	de 500 001 à 1 900 000€	+ de 1 900 000€
	Capital Maladies Redoutées	Jusqu'à 125 000€				
	IJ/GH	Jusqu'à 180 €		de 181 à 250€	> 250 €	
	Rente invalidité annuelle	Jusqu'à 65 000€		de 65 001 à 100 000€	de 100 001€ à 125 000€	> 125 000€
de 50 à 64 ans	Garantie décès	Jusqu'à 125 000€	de 125 001 à 250 000 €		de 250 001 à 1 900 000€	+ de 1 900 000€

LE CONTRAT

	Capital Invalidité	Jusqu'à 125 000€	de 125 001 à 250 000 €		de 250 001 à 1 900 000€	+ de 1 900 000€
	Capital Maladies Redoutées	Jusqu'à 125 000€				
	IJ/GH	Jusqu'à 100€	De 101 à 150 €		> 150 €	
	Rente Invalidité annuelle	Jusqu'à 40 000€	De 40 001 à 55 000€		de 55 001€ à 125 000€	> 125 000€
A partir de 65 ans	Garantie décès	Jusqu'à 30 000€	de 30 001 à 120 000€		de 120 001 à 1 900 000€	+ de 1 900 000€

(*) si l'assuré est dans l'impossibilité de répondre « NON » au questionnaire médical simplifié, le cas échéant, il doit alors remplir le questionnaire médical interactif (QMI) ou s'il ne souhaite pas et préfère remplir un document papier on lui remet un QES (Questionnaire d'Etat de Santé).

NB : le QES n'est pas un QMI car ce dernier intègre des questions plus précises en fonction de la pathologie.

(1) Le capital décès à considérer est calculé selon la formule suivante :

Capital Décès = Capital décès toutes causes + 30 * Rente de conjoint annuelle + [10 * (Rente éducation annuelle Palier 0/10 ans) * Durée Palier 0/10 ans / Durée totale de la rente éducation + 10 * (Rente éducation annuelle Palier 11/17 ans) * Durée Palier 11/17 ans / Durée totale de la rente éducation + 10 * (Rente éducation annuelle Palier 18/25 ans)* Durée Palier 18/25 ans / Durée totale de la rente éducation]

3.4.1.2 Principes généraux :

Périmètre :

- Il n'y a pas de formalité médicale en cas de choix de garanties accident uniquement.
- Si l'assuré choisit plusieurs garanties avec différents niveaux de formalités médicales, ce sera le niveau de formalités médicales le plus élevé qui sera à réaliser.
- Si les garanties IJ Maladie Accident et GH sont choisies simultanément, on prend le maximum de leurs montants pour déterminer le niveau de la sélection médicale à appliquer, par conséquent, on ne cumule pas les montants.
- À l'adhésion, l'assuré doit déclarer ses éventuelles activités à risque, sportives et professionnelles ; le cas échéant il doit remplir un questionnaire d'activités spécifique.

Durée de validité :

- Le questionnaire médical
- **est valable 4 mois à compter de la date de signature des formalités médicales.**
- **est réalisé à la souscription du contrat même pour des garanties à effet différées.** L'étude du risque médical se fait à l'adhésion, en fonction des garanties choisies. Peu importe la date d'effet des garanties, les formalités médicales sont étudiées dès l'adhésion et valables sur la durée du contrat (hors demande de modification avec impacts tarifaires). Allianz ne réclamera aucun complément lors du démarrage du différé.

3.4.2 Règles de cumul des capitaux garantis :

Si le cumul du capital à assurer et des capitaux garantis par les autres contrats en cours sur la tête du même assuré dépasse **1,9 Million d'Euros** : examen médical de type III

LE CONTRAT

Si l'assuré possède déjà un contrat de prévoyance Allianz (vie entière, temporaire, y compris contrats emprunteurs), alors les formalités médicales seront établies sur la base du cumul des capitaux des différents contrats de l'assuré (intégré automatiquement dans le parcours digital)

3.4.3 Les examens médicaux

En plus du questionnaire médical, d'autres formalités médicales (visite médicale, examen type 1, 2,...) peuvent être nécessaires.

Ces formalités complémentaires dépendent du montant total souscrit, et de l'âge de l'assuré.

Visite médicale seule	Rapport médical à remplir
EXAMEN type II	Rapport médical <ul style="list-style-type: none"> • une numération globulaire avec formule sanguine, plaquettes et vitesse de sédimentation, • un dosage de la glycémie, du cholestérol (total + HDL), des triglycérides, de la créatinine, des transaminases ASAT et ALAT, des gamma GT • un test de dépistage VIH 1/ VIH 2 • un test de dépistage de l'hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) • un ECG (12 dérivations) au repos • un rapport détaillé du cardiologue (DIG19274) • Cotininurie si déclaré non-fumeur
EXAMEN type III	Rapport médical <ul style="list-style-type: none"> • une numération globulaire avec formule sanguine, plaquettes et vitesse de sédimentation, • un dosage de la glycémie, du cholestérol (total + HDL), des triglycérides, de la créatinine, des transaminases ASAT et ALAT, des gamma GT • un test de dépistage VIH 1/ VIH 2 • un test de dépistage de l'hépatite C (recherche des anticorps anti VHC) • un test de dépistage de l'hépatite B (recherche de l'antigène HBs) • un dosage des PSA (Prostatic Specific Antigen), s'il s'agit d'un homme de plus de 55 ans. • un ECG (12 dérivations) au repos avec compte-rendu, • une échographie cardiaque avec compte-rendu, • un rapport détaillé du cardiologue (DIG19274)
Examen d'urine :	Analyse d'urine comprenant : sucre, albumine, hématies, leucocytes + test cotinine urinaire (si tarif non-fumeurs)

3.4.4 Sélection non-fumeur

Le client doit déclarer s'il fumeur ou non. Un test cotinine urinaire sera demandé pour pouvoir bénéficier du tarif non-fumeur :

- Formalités médicales nécessitant un examen de type visite médicale, FM II ou III ;
-

A noter :

LE CONTRAT

- un client fumant la cigarette électronique est considéré comme fumeur.
- Suppression de l'attestation spéciale non fumeur. Dans le parcours, la question est posée et la réponse reproduite dans le projet et l'offre d'assurance que le client signe après avoir reconnu la validité des informations

3.4.5 Le circuit lié aux examens médicaux

Deux centres d'examens partenaires sont à la disposition de nos futurs clients qui doivent passer les examens demandés par Allianz Vie.

ABCOS- CIVEM : Centre International de Visites et d'Expertises Médicales

223/225 rue de Bercy 75012 Paris

Tél Azur : 0 810 12 12 12

ARM : Analyse du Risque Médical

455 Promenade des Anglais BP 3269 06205 Nice cedex 3

Tél: 09 70 72 72 72

Le client est entièrement libre de se rendre ou non dans le cabinet médical indiqué.

Ce « plus » se traduit par :

- **une seule prise de rendez-vous et un seul déplacement** : l'ensemble des examens et la visite médicale ont lieu au cours d'un seul rendez-vous, au même endroit (sauf en cas de radiographie du thorax)
- **un seul interlocuteur** qui s'occupe de tout, en fonction des disponibilités du client
- **un accueil privilégié et un engagement de rapidité** tant dans la prise de rendez-vous que dans l'établissement des résultats
- les clients peuvent appeler au numéro de téléphone AZUR D.A.R.M. ou de CIVEM : pour se mettre en contact avec le médecin agréé le plus proche de leur domicile et prendre rendez-vous.

Comment l'agent doit-il procéder ?

Vous ne devez pas favoriser l'un ou l'autre des réseaux partenaires. Il convient d'expliquer au client qu'il dispose de l'un ou l'autre et qu'il doit appeler pour obtenir toutes les informations dont il a besoin (centre près de chez lui, date du RDV...).

Il s'agit de remettre à votre client :

- **Le courrier de formalités médicales** issues du parcours avec les coordonnées des centres d'examens
- avec la liste des examens à demander
- Le Rapport de visite médicale vierge (référence COM09286) ou un rapport pour l'examen cardio-vasculaire (référence DIG19274), éditions issues du parcours**
- Bénéfice des éditions issues du parcours : Affichage d'un data matrix qui permet d'identifier le client et son projet
- **une enveloppe confidentielle** pour le service médical (référence ADM05889) (à utiliser si l'assuré ne passe pas par un centre partenaire)

Le dossier complet (résultats d'examens) doit être adressé sous enveloppe confidentielle au :

Médecin du Centre de Service clients Allianz Vie
Direction des Opérations Vie
TSA 81003
67018 Strasbourg cedex

A.R.M. et ABCOS-CIVEM disposent de la correspondance entre les types d'examen visite médicale , II ou III et le détail exact des analyses auxquels ils correspondent.

Ils disposent également des coordonnées du Centre de Service Clients et du nom de son chef de centre.

LE CONTRAT

3.4.6 Le remboursement des frais médicaux

Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles demandées par l'assureur sont pris en charge par l'assureur. Ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'information complémentaires de l'assureur sont à la charge de la personne à assurer. Si la personne adhère au contrat, ces frais lui sont remboursés.(justificatifs à fournir au CSC)

3.4.7 Les risques aggravés médicaux

Le risque aggravé (RA) médical se traduit par une surprime en pourcentage d'aggravation via une hausse du tarif de base. Le RA peut différer selon la garantie.

Les conditions d'acceptation sont données par risque et peuvent être les suivantes :

Risque	Conditions d'acceptation possibles	Applicables aux garanties
Décès	<ul style="list-style-type: none"> - Standard - Surprime en % (4 paliers possibles) - Refus de la garantie - Ajournement 	DCTC, RE et RC (les refus / ajournements s'appliquent également à la DE)
PTIA	<ul style="list-style-type: none"> - Standard - Exclusions - Refus de la garantie 	Garanties PTIA associées aux garanties DCTC, RE et RC
Incapacité	<ul style="list-style-type: none"> - Standard - Surprime en % (taux constant) - Exclusions - Refus de la garantie 	IJMA
Invalidité	<ul style="list-style-type: none"> - Standard - Surprime en % (taux constant) - Exclusions - Refus de la garantie 	Rente inval MA Capital inval MA
GH	<ul style="list-style-type: none"> - Standard - Surprime en % (taux constant) - Exclusions - Refus de la garantie 	GH
MR	<ul style="list-style-type: none"> - Standard - Refus de la garantie 	MR

Rappel : Pas d'acceptation médicale sur les garanties accidentielles et les garanties exonération.

Pas de surprime sur la garantie Double effet mais en cas de refus ou d'ajournement sur les garanties Décès, il doit également s'appliquer à la garantie Double Effet.

La garantie maladie redoutée sera refusée si le RA médical applicable sur les garanties DC est supérieur à 35%. Si le RA_{DC} est inférieur ou égal à 35% : le client peut souscrire le capital maladies redoutées au tarif standard.

Sur les risques incapacité et invalidité, on applique une surprime au lieu d'une exclusion selon la règle suivante :

Pour une pathologie donnée, si les 2 taux de surprimes applicables sur les IJ et l'invalidité sont <150%, les surprimes seront appliquées, sinon les exclusions seront appliquées :

LE CONTRAT

- pour la garantie IJ seule :
si le RA médical $\leq 150\%$ le RA médical est appliqué en lieu et place de l'exclusion (pas de choix possible),
si le RA $> 150\%$ on applique l'exclusion.

- pour les garanties IJ et invalidité :
si sur les deux risques le RA médical $\leq 150\%$, on applique le RA médical correspondant sur chaque risque en lieu est place de l'exclusion (pas de choix possible) ;
si sur au moins un des deux risques le RA médical $> 150\%$ alors on applique l'exclusion sur les deux risques IJ et invalidité.

Le client n'aura pas le choix entre l'exclusion ou la surprime.

3.4.8 Les règles en cas de modifications de contrat

3.4.8.1 Les formalités médicales à accomplir

Des formalités médicales sont demandées :

- En cas d'ajout de garantie,
- En cas d'augmentation de garantie de plus de 20%,
- ou s'il y a eu un sinistre sur le contrat au cours des 12 mois précédent la demande de modification.

Ces formalités médicales **sont calculées au 1^{er} euro** sur les garanties modifiées à la hausse ou ajoutées uniquement.

Si les formalités médicales aboutissent à une nouvelle surprime ou exclusion :

- En cas d'ajout de garantie : la nouvelle surprime ou exclusion s'applique intégralement à la garantie ajoutée ;
- En cas d'augmentation de garantie :
 - o La surprime doit être recalculée pour ne s'appliquer qu'au différentiel : on calcule alors un « RA réduit » (cf ci-dessous) ;
 - o L'exclusion est informatiquement appliquée à la garantie dans son ensemble mais en cas de sinistre, elle ne doit s'appliquer qu'au différentiel (analyse du contrat à réaliser par le CSC).

Le seuil maximal de RA médical a été relevé afin de limiter les cas d'exclusions : il est donc de 400% en cas de modification de contrat (contre 150% à la souscription). Ce n'est qu'au-delà de ce seuil qu'une exclusion est appliquée.

La règle est donc la suivante pour les modifications de contrats :

Sur les risques incapacité et invalidité, on applique une surprime au lieu d'une exclusion selon la règle suivante :

Pour une pathologie donnée, si les 2 taux de surprimes applicables sur les IJ et l'invalidité sont $< 400\%$, les surprimes seront appliquées, sinon les exclusions seront appliquées :

- pour la garantie IJ seule :
si le RA médical $\leq 400\%$ le RA médical est appliqué en lieu et place de l'exclusion (pas de choix possible), si le RA $> 400\%$ on applique l'exclusion.
- pour les garanties IJ et invalidité :
si sur les deux risques le RA médical $\leq 400\%$, on applique le RA médical correspondant sur chaque risque en lieu est place de l'exclusion (pas de choix possible) ;
si sur au moins un des deux risques le RA médical $> 400\%$ alors on applique l'exclusion sur les deux risques IJ et invalidité.

LE CONTRAT

3.4.8.2 L'évolution des risques aggravés médicaux

Suite aux formalités médicales réalisées dans le cadre d'une demande de modification, si un nouveau RA médical (non présent auparavant sur le contrat ou différent du RA existant) est décidé par la Direction médicale (l'état de santé de l'assuré a évolué entre les FM de souscription et la demande d'augmentation de garantie), alors ce nouveau RA ne doit s'appliquer qu'à l'augmentation de garantie. Le montant préalablement assuré doit continuer de l'être conformément à la situation avant modification du contrat.

Informatiquement, une surprime ne peut pas être appliquée que sur le différentiel et la nouvelle surprime s'appliquera à l'ensemble de la garantie (montant initial + augmentation de garantie).

En conséquence, il convient de calculer le RA réduit à appliquer à l'ensemble de la garantie, qui correspond au RA fourni par la Direction Médicale appliqué uniquement à l'augmentation de garantie. Une calculette de RA réduit a donc été conçue par la Direction Technique et mise à disposition de la gestion (calculette intégrée à l'outil de tarification, dans un onglet dédié ne devant être accessible qu'à la gestion).

Exemple :

Souscription initiale d'un contrat ayant une garantie DCTC de 100 000€ et une IJMA de 100€.

A la souscription : pas de surprime médicale sur le décès et surprime médicale de 30% en incapacité-invalidité.

Demande de modification de contrat pour être couvert à hauteur de 200 000€ en DCTC et 150€ en IJMA.

L'assuré passe alors de nouvelles formalités médicales : les surprimes médicales sont alors de 50% en décès et 50% en incapacité-invalidité.

- Sur la garantie DCTC : la couverture initiale de 100 000€ doit toujours être couverte au tarif standard conformément aux conditions d'acceptation initiales et seule l'augmentation de 100 000€ doit être impactée par le nouveau RA de 50% :

→ Ceci est équivalent à l'application d'un RA de 25% sur l'ensemble de la garantie
 $(0\% \times 100\,000\text{€} + 50\% \times 100\,000\text{€} = 50\,000\text{€}) \quad 50\,000\text{€}/200\,000\text{€} = 25\%)$

- Sur la garantie IJMA : la couverture initiale de 100€ doit toujours être surprimée à hauteur de 30% conformément aux conditions d'acceptation initiales et seule l'augmentation de 50€ doit être impactée par le nouveau RA de 50% :

→ Ceci est équivalent à l'application d'un RA de 36.67% sur l'ensemble de la garantie
 $(30\% \times 100\text{€} + 50\% \times 50\text{€} = 55\text{€}) \quad 55\text{€} / 150\text{€} = 36.67\%)$

Remarques :

- Le nouveau RA peut éventuellement être inférieur au RA initial (amélioration de l'état de santé) ;
- Seules les augmentations de garantie sont concernées ;
- Cette règle est valable que l'augmentation de garantie se fasse par avenant ou par affaire nouvelle de remplacement ;
- Attention, en cas de RA par paliers d'aggravation (garanties décès), il est important que les paliers du RA initial et du nouveau RA soient les mêmes (règle à prendre en compte par la DMAP)
- Les RA non médicaux sont non concernés car en cas de nouvelles activités à risque, la surprime correspondante s'applique à l'ensemble de la garantie et non seulement au différentiel.

LE CONTRAT

3.5 L'ACCEPTATION TECHNIQUE : RISQUES AGGRAVES

La profession est un **élément primordial** pour accepter ou refuser le risque. L'acceptation se base sur la dangerosité de l'activité exercée et sur la stabilité financière de la profession ou des conditions dans laquelle elle est exercée.

Seule l'activité déclarée est couverte au titre de la garantie choisie et est stipulée contractuellement dans le Bulletin d'adhésion (= Dispositions Particulières).

C'est la profession la plus risquée qui est retenue (en attendant la gestion des multi-professions dans le parcours)

Cas des saisonniers : Ils peuvent être couverts par l'offre (par contre souscription impossible d'IJ et rente d'invalidité).

3.5.1 Les classes de risque

La classe de risque est déterminée à partir de la profession de l'assuré grâce à la table des professions.

4 classes de risque sont possibles et induisent des majorations/minorations tarifaires :

- La classe 1 induit une minoration tarifaire,
- la classe 2 est neutre, et
- les classes 3 et 4 induisent des majorations tarifaires.

La souscription peut être refusée ou acceptée après étude de l'activité professionnelle. Lorsqu'elle est acceptée, le tarif dépend de la classe de risque retenue.

Sont concernées par l'application d'une classe de risque les garanties :

- Décès /PTIA
- Incapacité / invalidité
- GH
- Maladie redoutée

A chaque classe de risque sont associés :

- Un taux de majoration/minoration tarifaire unique à appliquer aux garanties DCTC, PTIA, RE et RC ;
- Un taux de majoration/minoration tarifaire à appliquer aux garanties incapacité IJMA et IJA
- Un taux de majoration/minoration tarifaire à appliquer aux garanties hospitalisation GH
- Un taux de majoration/minoration tarifaire à appliquer aux garanties invalidité RIMA et CIMA

Le taux correspondant à une classe donnée pourra différer selon la macro CSP (Artisans, commerçants, travailleurs libéraux, paramédicaux, salariés,, agricoles, inactifs) et la garantie.

3.5.2 Les risques aggravés non médicaux

Les sports à risque sont d'une façon générale exclus (cf. Notice d'Information). Le client peut néanmoins demander à être couvert sur ces activités moyennant une analyse du risque avec surprime/exclusion éventuelle.

les thèmes des questionnaires sports à risques qui peuvent être demandés à l'assuré :

- Sports de neige
- Spéléologie
- Plongée sous-marine

LE CONTRAT

- Parachutisme, Parachutisme ascensionnel
- Motocyclisme
- Nautisme Voile Motonautisme
- Escalade Trekking Alpinisme
- Equitation Hippisme
- Courses automobiles Rallyes
- Aéronautique (engins sans moteur)
- Aéronautique (engins à moteur)

Précision : le RA s'entend en pourmillage (%) du capital pour les garanties décès toutes causes, rente éducation et rente de conjoint, décès accidentel et PTIA, et en pourcentage de surprime sur les garanties incapacité-invalidité.

En cas de cumul de sports, si le client souhaite racheter plusieurs sports, l'outil d'aide à la vente affichera les surprimées/exclusions relatives à chacun des sports dans la limite de 5 sports. Si ces sports ne nécessitent pas d'étude approfondie de la part de l'assureur, le tarif affiché tiendra compte des éventuelles surprimées/exclusions appliquées.

En cas d'étude approfondie, le contrat sera tarifié en standard et l'affaire sera non finalisable (nécessité d'un passage en gestion pour déterminer les surprimées/exclusions à appliquer).

Point d'attention : Dans le cas d'un sportif professionnel, l'activité sportive liée à la profession doit être indiquée en activité à risque, non en sport à risque. En effet, **la surprime ne doit pas être appliquée 2 fois**.

Exemple : Pour un toréro, le commercial doit renseigner dans l'OAV le sport professionnel uniquement en activité professionnelle à risque. Il est inutile de renseigner une seconde fois l'activité dans les sports à risque.

3.5.2.1 Sports à risques :

Lorsque l'assuré déclare pratiquer un sport à risque, les conditions d'acceptation données par la table des activités sportives (ou par la Direction Technique) se présentent comme telle :

Risque	Conditions d'acceptation possibles	Applicables aux garanties
Décès (hors DCA)	- Standard - Majoration en pourmillage du capital - Refus (du rachat du sport sur cette garantie)	DCTC, RE et RC
AC (DCA)	- Standard - Majoration en pourmillage du capital - Refus (du rachat du sport sur cette garantie)	DCA
PTIA	- Standard - Majoration en pourmillage du capital - Refus (du rachat du sport sur cette garantie)	Garanties PTIA associées aux garanties DCTC, RE, RC et DCA
Incapacité/ Invalidité	- Standard - Surprime en % (taux constant) - Refus (du rachat du sport sur cette garantie)	IJ (A/MA), rente inval (A/MA), capital inval (A/MA), GH
Maladie redoutée	Non concerné surprime de Réassurance non applicable sur cette garantie	-

LE CONTRAT

Le refus se traduit ici par l'exclusion du sport sur la/les garanties concernées.

Ex : boxe anglaise avec compétitions : surprimes en pourmillage (%) du capital sur les garanties décès et refus sur les garanties Incap/Inval → Application de la surprime sur les garanties décès et couverture du sport à risque ; Couverture des risques incap/inval au tarif standard avec exclusion du sport à risque. Le sport à risque peut donc n'être racheté que sur certaines garanties.

L'application d'un Risque Aggravé Non médical (RANM) sportif s'ajoute à la majoration liée à la classe de risque.

Le parcours permet de déclarer 5 sports/activités à risque.

S'il y a cumul de plusieurs activités sportives à risque, l'outil gère les règles de cumul de risques aggravés, les règles à appliquer étant les suivantes :

- Cumul de plusieurs sports (hors activités aériennes) : on applique la surprime la plus élevée ;
- Cumul de plusieurs activités aériennes : on applique la surprime la plus élevée + la moyenne des surprimes des autres activités ;
- Cumul sport + activités aériennes : les surprimes définies ci-dessus se cumulent. Exemple : s'il y a une activité aérienne + d'autres sports (hors activités aériennes), on applique la surprime de l'activité aérienne + la surprime la plus élevée des autres sports.

Le cumul est déterminé par l'outil qui applique le RA qui convient.

Bon à savoir :

Dans 80% des cas le parcours calcule la tarification, pour les cas non passant c'est la gestion qui s'en charge

Cas particuliers des sportifs professionnels : tous les sports professionnels sont par défaut exclus quelle que soit l'activité. Ils doivent être sélectionnés en activité professionnelle à risque.

3.5.2.2 Professions à risques :

Lorsque l'assuré déclare pratiquer une profession à risque, les conditions d'acceptation données par la table des activités à risque (ou par la Direction Technique) se présentent comme telle :

Activités à risque

Risque	Conditions d'acceptation possibles	Applicables aux garanties
Décès (hors DCA)	- Standard - Majoration en pourmillage du capital - Refus de la garantie	DCTC, RE, et RC
DCA	- Standard - Majoration en pourmillage du capital - Refus de la garantie	DCA
PTIA	- Standard - Majoration en pourmillage du capital - Refus de la garantie	Garanties PTIA associées aux garanties DCTC, RE, RC et DCA
Incapacité/ Invalidité	- Standard - Surprime en % (taux constant) - Refus de la garantie	IJ (A/MA), rente inval (A/MA), capital inval (A/MA), GH
Maladie Redoutée	Non concerné ; surprime de Réassurance non applicable sur cette garantie?	-

Le refus se traduit ici par un refus de la garantie.

LE CONTRAT

L'application d'un RANM professionnel se substitue à la majoration liée à la classe de risque :

2 cas possibles :

- A la suite du process de détermination du risque lié à la profession de l'assuré, la table des professions renvoie une classe de risque (1 à 4) mais l'analyse du risque révèle un environnement de travail à risque (cf. les 14 groupes de professions à risque) :
 - Exemple : un client ayant une profession de type classe de risque 3.
 - ➔ on applique aux garanties surprimées le tarif standard (classe 2) + la surprime ;
 - ➔ on applique aux garanties non surprimées le tarif calculé avec la classe de risque correspondant à la profession déclarée dans le parcours
- A la suite du process de détermination du risque lié à la profession de l'assuré, la table des professions renvoie une classe de risque 0 : cela indique que la profession fait obligatoirement partie de l'un des 14 groupes à risque et fait donc l'objet de RANM :
 - ➔ on applique aux garanties surprimées le tarif standard (classe 2) + la surprime ;
 - ➔ on applique aux garanties non surprimées le tarif calculé avec la classe de risque neutre (classe 2)

3.6 LES FORMALITES FINANCIERES

Un rapport Moral et Financier est demandé à partir de 1,9 Million d'euros de capitaux cumulés⁶ sur une même tête. En fonction de l'objet de l'assurance, la Compagnie peut être amenée à réclamer des informations complémentaires.

Le capital à considérer est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Capital Décès} = \text{Capital décès toutes causes} + \text{capital décès accidentel} + 30 * \text{Rente de conjoint annuelle} + [10 * (\text{Rente éducation annuelle Palier 0/10 ans}) * \text{Durée Palier 0/10 ans} / \text{Durée totale de la rente éducation} + 10 * (\text{Rente éducation annuelle Palier 11/17 ans}) * \text{Durée Palier 11/17 ans} / \text{Durée totale de la rente éducation} + 10 * (\text{Rente éducation annuelle Palier 18/25 ans}) * \text{Durée Palier 18/25 ans} / \text{Durée totale de la rente éducation}]$$

3.7 LA FISCALITE

Pour rappel :

- 2 produits (TNS, Particulier)
- 2 fiscalités :
 - Assurance vie classique (Particuliers)
 - TNS Madelin

Les taxes sur les conventions d'assurance diffèrent entre les taxes applicables en France métropolitaine, à Monaco, dans les DOM TOM/COM, ainsi que pour les CSP Agricoles.

Garanties	Taxation régime général	Taxation Monaco	Taxation Agricoles	Taxation DOM	Taxation TOM/COM
Décès toutes causes	0%	0%	0%	0%	0%
Rente conjoint					
Rente éducation					
Double effet					

⁶ Les cumuls s'entendent tous capitaux assurés sur une même tête, quels que soient le contrat et/ou la compagnie du groupe Allianz.

LE CONTRAT

PTIA	9%		9%	9% Guadeloupe - Martinique - Réunion ; 4.5% Guyane - Mayotte	0% sauf : 10% Polynésie, 7% Nouvelle Calédonie, 5% Saint Martin
Capital décès accident					
IJA IJMA	14%		0%	0%	0% sauf : Saint Barthélémy : 14% Saint Martin : 14%
IJFG				0% sauf Mayotte : 4,5%	
Exo des cotis (EXT et EXD)	7%		9%	9% Guadeloupe - Martinique - Réunion ; 4.5% Guyane - Mayotte	0% sauf : 10% Polynésie, 7% Nouvelle Calédonie, 5% Saint Martin
GH			0%		
Rente invalidité			9%		
Capital invalidité toutes causes	9%		9%	9% Guadeloupe - Martinique - Réunion ; 4.5% Guyane - Mayotte	0% sauf : 10% Polynésie, 7% Nouvelle Calédonie, 5% Saint Martin
Capital invalidité accident					
Capital Maladie redoutée					

A noter :

- L'adhésion au contrat Allianz Prévoyance est réservée aux personnes qui ont leur résidence principale en France métropolitaine, en Outre-mer⁷ et à Monaco. En application de l'article 4B du CGI, sont considérées comme ayant leur domicile fiscal en France " les personnes qui ont en France leur foyer ou le lieu de leur séjour principal " ou les DOM.
- Pas de fiscalité "domicile fiscal étranger" sur le contrat Allianz Prévoyance ni à la souscription ni en cas de changement d'adresse, les garanties devront prendre fin et le contrat avec.
- Les frontaliers Suisses vivant en France et travaillant à l'étranger sont éligibles à l'offre Allianz Prévoyance (Version Particuliers) mais pas à l'offre Allianz Prévoyance TNS. A contrario, les frontaliers qui habitent à l'étranger et travaillent en France ne peuvent souscrire aucune offre.
- Le produit TNS n'est pas compatible avec les régimes fiscaux particuliers (Monaco, Agricoles, etc...)

3.8 LA LOI EVIN

Les garanties bénéficient des dispositions de la Loi Evin.

Au cours des 2 premières années suivant la souscription, Allianz peut :

- Supprimer la garantie,
- résilier le contrat à la date anniversaire de l'effet de la garantie.

Au-delà des 2 premières années, la garantie est viagère. Allianz s'engage donc à ne pas prendre une des mesures de redressement citées ci-dessus.

⁷ Départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte.

COM/TOM à compter du 03/03/2017 : Saint Barthélémy, Saint Martin, Mayotte, Saint Pierre et Miquelon, Nouvelle Calédonie, Polynésie française

LE CONTRAT

Une surveillance du portefeuille est mise en place pour les 3 offres. Cf. paragraphe « surveillance du portefeuille ».

3.9 LA LOI MADELIN

Sur le produit Particuliers, seule la fiscalité Vie est possible.

Si un TNS ne souhaite prendre que des garanties en fiscalité Vie, il devra souscrire au contrat Allianz Prévoyance (version Particuliers).

Sur le produit TNS, toutes les garanties Madelinisables entrent dans le dispositif de la fiscalité Madelin.

Dans le détail, 2 cas de figure se présentent s'il y a des garanties Madelin :

- Dès lors que le client souscrit une garantie éligible Madelin, les autres garanties éligibles adopteront obligatoirement la fiscalité Madelin (hors garantie DCTC où le choix est possible).
- Si l'adhérent souhaite tout de même avoir une fiscalité VIE pour une garantie éligible à la fiscalité « Madelin », il lui faudra alors la souscrire via une seconde adhésion sur le produit Particulier. Il aura donc 2 contrats dans GCP et en terme d'édition : 1 BA Particulier, 1 BA TNS avec N° contrat V pour les garanties fiscalité Vie et N° de contrat M pour les garanties fiscalité Madelin.

Les garanties éligibles et ouvrant ou non droit à déductibilité peuvent cohabiter au sein d'un même contrat mais dépendent de 2 conventions.

A retenir :

L'affaire TNS sera gérée comme un contrat unique MAIS sur le plan juridique, le client adhérera à deux contrats collectifs distincts (Madelin et Vie)

1 seul n° de contrat informatique dans GCP

Mais n° dédoublé dans les bulletins d'adhésion TNS

- Ajout du suffixe « V » pour le n° d'adhésion vie
- Ajout du suffixe « M » pour le n° d'adhésion Madelin

Cas particulier : La garantie Décès toutes causes peut être prise en fiscalité Vie (sortie en capital) même sur le contrat TNS. En effet, si la garantie DCTC était prise sur un second contrat, alors le client ne pourrait pas bénéficier du tarif bonifié sur les IJ Maladie Accident car il n'y a pas de lien possible entre les 2 contrats.

Pour cela, informatiquement, il est créé 2 garanties DCTC sur le produit TNS : une garantie en fiscalité Vie (sortie en capital) et une garantie en fiscalité Madelin (sortie en rente), les deux ne pouvant pas être souscrites simultanément.

ADHESION/SOUSCRIPION

PARTIE 4 - ADHESION

Partie 4 - ADHESION	58
4.1 La démarche commerciale	58
4.2 La prise d'effet du contrat et des garanties.....	63
4.1 Declaration des activités professionnelles	65
4.2 Déclaration des activités professionnelles à risque	66
4.3 Déclaration des Sports à risques	66
4.4 Les formalités médicales.....	67
4.5 l'EES	68
4.6 la cotisation.....	68
4.7 Les clauses bénéficiaires	71
4.8 Les justificatifs.....	71
4.1 Les niveaux de délégation.....	75

4.1 LA DEMARCHE COMMERCIALE

C'est le client qui construit son contrat pour se protéger lui-même et mettre sa famille à l'abri du besoin, en fonction :

- de son régime obligatoire
- de ses besoins,
- de sa composition familiale,
- de ses revenus,
- du conseil délivré par le commercial dans le cadre de l'étude de besoins

4.1.1 La connaissance des besoins

Connaître au préalable le client en s'enquérant de sa situation, de ses besoins pour lui proposer un contrat d'assurance adapté répond à une obligation légale qui est formalisée par l'étude de besoins obligatoire à chaque nouvelle souscription.

Le document est issu du parcours de vente.

4.1.2 Les étapes clés pour la souscription

A partir d'une fiche Client, déjà existant ou création d'un prospect

1. Sélection du marché prévoyance Individuelle
2. Accès au nouveau parcours (connexion internet obligatoire)
3. Recueil des besoins du client
4. Etablissement du projet (devis/ étude tarifaire) avec un tarif (sans FM)(remise de l' étude de besoins et de l'étude tarifaire)
5. Réalisation des formalités médicales avant l'adhésion. (Le client peut demander un tarif après formalités médicales sans aucun engagement).
6. Edition d'une « offre d'adhésion, à l'issue des formalités médicales, qui comporte les conditions d'adhésion définitives (acceptation des risques et tarif)
7. Signature de « l'acceptation de l'offre d'adhésion » - permet à l'assuré d'adhérer au contrat.

ADHESION/SOUSCRIPION

8. Envoi par courrier du bulletin d'adhésion par les la Direction Service Client (DSC)

4.1.3 Les étapes détaillées de la démarche connectée

La démarche commerciale est intégralement prise en charge par le parcours (nécessite une connexion internet.)

Disponibilité du parcours :

- L'obtention d'un tarif est disponible 24/7.
- La souscription (la création de contrat) :
 - o Est possible entre 8h et 21h en semaine
 - o Est possible entre 8h et 18h le Samedi
 - o N'est pas possible le Dimanche

Etape 1	Etablir une étude de besoins/étude tarifaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etude de besoins ▪ Devis simplifié ▪ Projet ▪ Liste des formalités médicales ▪ Liste des questionnaires Techniques (Sport/Prof/financier) ▪ Notice d'information (imprimé) ▪ Remise de l'IPID
Etape 3	Formalités médicales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaire Médical Simplifié (QMS), ou ▪ Questionnaire Médicale Interactif (QMI)/ ou Questionnaire d'Etat de Santé (QES) ou ▪ Rapport médical (visite médicale, ou FM 2 ou 3) ▪ Eventuelle conditions particulières / bon pour accord (GESTION)
Etape 4	Concrétiser la vente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre d'adhésion ▪ Notice d'Information (NI) ▪ Signature Etude de besoins ▪ Signature Acceptation de l'offre d'adhésion ▪ Mandat SEPA (si pas créé dans la base des mandats) ▪ Justificatifs à fournir (cf chap. dédié)
Etape 5	Etablir le contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bulletin d'adhésion (GESTION)

Quid si problème de connexion ?

- Sauvegarde automatique du projet à l'étape en cours au moment de la déconnexion
- En cas d'absence de connexion, un fichier de recueil de données est à disposition et nécessitera de saisir l'ensemble des données dans le nouveau parcours une fois connecté pour établir un projet

4.1.4 La connaissance des Régimes Obligatoires

La connaissance du RO de l'assuré est essentielle pour déterminer le reste à charge et ainsi proposer la couverture (les garanties) qui permet de limiter l'impact financier d'un accident ou maladie.

ADHESION/SOUSCRIPTION

- TNS

L'idée d'intégrer les RO est faite pour aider les TNS et les agriculteurs à se couvrir au mieux en leur montrant que leur régime ne les couvre pas assez. Cela permet de simplifier la vente pour permettre à AZ d'être en complément et couvrir la perte de revenu.

- SALARIES

Les salariés sont obligatoirement affiliés à la Sécurité Sociale toutefois, ils existent de nombreux Régimes complémentaires d'entreprise qu'il est difficile de recenser. Cela explique, qu' hormis la prise en compte des revenus pour calculer la prestation IJ, rien n'est implémenté. L'outil prévoit une indemnisation au premier euro. Donc dans le cas où l'assuré a des assurances complémentaires, nous serons mieux disant

4.1.5 La réalisation du devoir de conseil

Pour rappel la réglementation impose à la compagnie de vérifier que l'offre proposée au client est en adéquation avec les besoins du client.

La première étape du parcours prévoit un recueil des besoins du client sous forme de questions adaptées à son profil.

A l'issu du tarif, l'étude des besoins est téléchargeable sur l'écran propositions. Elle est envoyée par email pour les clients qui souhaitent poursuivre et faire les formalités médicales après nous avoir fourni leur email.

L'étude de besoins **est signée à l'étape Souscription afin d'assurer une unique version.**

4.1.6 Le projet tarifaire (devis)

L'analyse des besoins permet de remettre un projet **avec les garanties proposées par l'agent et /ou sélectionnées par l'assuré.**

Il est également possible de remettre une simulation tarifaire qui est une reprise des données disponibles à l'écran proposition.

4.1.7 L'IPID

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques. L'assuré trouvera l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. Il est proposé avec l'EDB.

4.1.8 La Notice d'Information

La Notice d'Information est un document précontractuel et contractuel qui porte à la connaissance du client toutes les informations du produit et sa **remise est obligatoire**

La NI existe en version

- Imprimé disponible à la commande
- PDF disponible depuis le parcours

4.1.9 La remise des documents

Le parcours intègre tous les documents à remettre au client.

Ils peuvent être téléchargés ou imprimés.

ADHESION/SOUSCRIPTION

Pour certains documents le téléchargement n'est pas obligatoire et peuvent être envoyés par Email automatiquement depuis le parcours.

4.1.1 L'accomplissement des formalités médicales

C'est le parcours qui détermine automatiquement la ou les formalités médicales applicables en fonction des caractéristiques de l'assuré et des garanties /montants souhaités.

Tous les documents médicaux sont générés par l'outil.

Le courrier des formalités médicales est valorisé des informations de l'assuré et des déférences du projet (DATA MATRIX).

L'agent doit imprimer les documents générés par le parcours sinon ils ne seront pas reconnus par le centre de gestion.

4.1.1.1 Les différentes formalités médicales

- Le Questionnaire Médical Simplifié (QMS)

L'assuré doit lire attentivement les questions afin de s'assurer de sa capacité à :

- Répondre "NON" à toutes les questions

Ou

- Répondre "OUI" à au moins une des questions

le résultat du QMS peut être connu par l'agent, car ce n'est pas un document médical contrairement aux pièces médicales, qui restent quant à elles soumises à la confidentialité médicale (QES, QMI (1) et Formalités visite médicale ou niveau 2 et 3(2)).

S'il répond "OUI", il accédera au Questionnaire Médical Interactif (QMI) ou devra remplir le Questionnaire d'Etat de Santé (version papier)

A noter que

Lorsque l'assuré n'est pas physiquement présent face à son agent, il devra remplir le QMI d'office.

(1) Questionnaire Médical Interactif (digital)

(2) Voir Examen médicaux

- Le Questionnaire d'Etat de Santé (ou QMI)

Il s'agit d'un questionnaire complet sur l'état de santé du souscripteur. Les questions portent également sur les éventuels antécédents et affections connus de l'assuré. La liste est plus exhaustive et les questions plus détaillées, avec si besoin est la fourniture de justificatifs y afférent.

L'agent invite son client à réaliser ce questionnaire en toute confidentialité

S'il ne souhaite pas répondre au QMI, alors il devra compléter le **Questionnaire d'état de santé (QES)** qui doit être envoyé au Médecin Conseil sous enveloppe « secret médical ».

L'assuré n'est pas obligé de réaliser les formalités médicales face au commercial. Il est possible de renseigner à distance

Les atouts du QMI vs QES :

Le QMI intègre des questions plus précises en fonction de la pathologie. Les questions posées sont fonction des déclarations de l'assuré, ce qui permet une analyse immédiate et une réponse dans 80% des cas.

A partir du parcours, un lien est communiqué par e-mail.

A ce stade, le processus synthétisé ci-dessous devient confidentiel :

1. Le client accède au mail via sa messagerie personnelle

ADHESION/SOUSCRIPTION

2. Il clique sur « compléter les formalités médicales » (lien dans le corps du mail)
3. Il accède à l'espace médical sécurisé
4. Il active la réception d'un mot de passe par SMS
5. Il se connecte et accède au QMI
6. Il répond aux questions
7. Il valide le QMI, clique sur « je certifie que les informations sont exactes »
8. Il signe le QMI avec une signature tactile ou papier (à imprimer et à envoyer au serv. Médical à STG)

Important

Parfois, le dossier doit passer en gestion lorsque les réponses au QMI nécessitent d'obtenir des pièces complémentaires.

Nb : Il est possible de suspendre la saisie et la reprendre ultérieurement au même stade. Le % d'avancement est présent tout au long du processus de saisie. Le QMI peut être rempli sur une tablette, un ordinateur ou un Smartphone.

- Formalités médicales - visite médicale ou Formalités médicales 2-3

Il consiste en une visite médicale, comprenant un examen général ainsi que d'autres complémentaires (prise de sang, électrocardiogramme...) (cf chap dédié).

4.1.1 La réalisation d'une Offre d'assurance

Ce document remplace la classique demande d'adhésion.

L'offre d'adhésion et un engagement ferme et définitif d'Allianz

- Allianz s'engage sur les garanties et le tarif
- Elle est établie après les formalités médicales et techniques.
- elle reprend les données personnalisées (prospect/garanties).
- elle n'engage pas le prospect.
- Elle est imprimée exclusivement depuis le parcours
- Elle peut être faite à des conditions spéciales de garantie et/ou de tarif ou être refusée comprendre des exclusions ou refus.
 - o Ces décisions sont notifiées à l'assuré dans un courrier d'acceptation médicale (comprenant un bon pour accord) explicitant notamment les exclusions médicales.
 - o L'accord sur les conditions spéciales doit être **retourné par courrier** dans un délai maximum de 4 mois suivant la date d'envoi. A réception de l'accord signé, l'offre d'adhésion est éditée.
 - o A défaut de réception de l'accord sur les conditions spéciales dans le délai de 4 mois, l'offre d'adhésion n'est pas éditée et le processus d'adhésion est stoppé.
- Elle est valable 1 mois à compter de sa date d'émission

En cas de refus de garantie :

Tout refus de garantie lié à une activité professionnelle ou tout refus de couverture d'un sport à risque pratiqué en tant qu'amateur ou amateur rémunéré est mentionné dans l'offre d'adhésion.

4.1.1 L'acceptation de l'offre

Le prospect pourra finaliser l'offre d'adhésion par une souscription. Pour cela, il devra **compléter et signer** « l'Acceptation de l'offre d'adhésion », laquelle générera l'édition puis l'envoi du bulletin d'adhésion à l'assuré.

Cette démarche est exclusivement et intégralement prise en charge par le parcours

ADHESION/SOUSCRIPION

Par la signature de « l'acceptation de l'offre d'adhésion », le client reconnaît avoir été informé que son adhésion au contrat est actée, et que celle-ci est effective au jour de la signature.

4.1.2 Le Bulletin d'adhésion

Le bulletin d'adhésion formalise la souscription, il est issue du système de gestion des contrats vie.

Bon à savoir

Ce document est à conserver..

4.1.3 L'archivage

Dans le cas de signature tactile de l'offre et du QMI, plus besoin d'envoyer les documents au CSC pour archivage

Toutefois en cas de signature papier du QMS, QES, QMI et de l'acceptation de l'offre, il convient d'adresser les documents signés au CSC pour archivage

à Allianz Vie –Strasbourg TSA 81003

4.2 LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT ET DES GARANTIES

4.2.1 Le choix de la date d'effet de l'adhésion

La date d'effet du contrat (et des garanties) est par défaut **la date du jour**, mais au libre choix de l'adhérent.

- **L'Effet rétro actif est interdit.** En effet, **les garanties ne peuvent au plus tôt démarrer qu'à compter de la date du jour de l'émission de l'offre et pas avant.**
- **L'effet différé des garanties** est possible (dans « choix à la carte »), la date d'effet est **au choix du client** dans le respect des limites imposées.

Impact démarche commerciale :

C'est à l'étape de l'acceptation de l'offre ; qu'il est possible de modifier la date d'effet du contrat, qui est pré-affichée à la date du jour.

4.2.1 Les limites de la date d'effet de l'adhésion

La date d'effet est limitée :

- au plus tôt à la date du jour de l'émission de l'offre
- au plus tard à la date de validité des formalités médicales précédemment accomplies
- au plus tard à la date de validité du tarif valable 1 mois à compter de la date d'émission de l'offre
- dans les deux limites, à la date de changement de tarification si la nouvelle table n'est pas encore disponible dans l'outil ou que l'ancienne n'est plus disponible.

Bon à savoir

Le changement de la date d'effet entraîne **une nouvelle tarification de l'offre** en cas de :

- survenance de la **date d'anniversaire** de l'assuré, du conjoint (en cas de rente conjoint), des enfants (en cas de rente éducation) ; **postérieurement/antérieurement à la date d'émission de l'offre.**

ADHESION/SOUSCRIPTION

- changement de tarification des garanties (dans GCP) lorsque l'ancien et nouveau tarif sont disponibles.

4.2.2 Le choix des dates d'effet des garanties

La date d'effet des garanties est au choix du client :

- 1- **soit à effet immédiat,(date d'effet du contrat)**
- 2- **soit à effet différé.*** (cf. détails dans le chapitre suivant)

Sur son contrat, l'assuré sélectionne selon ses besoins des garanties à effet immédiat et/ou différé. Cela signifie que tous les cas sont possibles.

- Une garantie immédiate n'est pas obligatoire,
- Le contrat est valide même en cas de garantie uniquement à effet différé.

Limites :

Il n'est pas possible de souscrire un contrat dont les garanties à effet différé ont des dates de différé différentes. La date d'effet différé est identique pour toutes les garanties à effets différés.

4.2.3 Les spécificités des différés des garanties

Il est possible de différer dans le temps, le déclenchement (démarrage) des garanties.

Un différé est :

- Possible **jusqu'à 11 mois** à compter de la date d'effet de l'adhésion.
- Possible pour une, plusieurs ou toutes les garanties (voir limites*)
- Peut être associée à une garantie à effet immédiat
- **Doit être commune pour toutes les garanties à effet différé.**
- Doit être calée sur la date d'une des échéances **de cotisation** (i.e. **même jour du mois**), et ce pour **l'ensemble** des garanties.
- Entraîne avec elle l'enclenchement du délai de carence (il démarre à la date d'effet différé).

(*) : Les limites

Le jour est imposé (en cohérence avec le jour de la date d'effet de l'adhésion) mais le mois peut être choisi (**entre M+1 et M+11**)

- La date de début des garanties est pilotée par la date d'effet du contrat choisi par le client.
- Toutes les garanties du contrat, à effet immédiat et à effet différé, prennent effet **le même jour J** (de mois différents).

Les règles d'association :

Les garanties interdépendantes ne peuvent avoir qu'une même date d'effet. Ces garanties ne devant être dissociées en termes de date d'effet sont les suivantes :

- PTIA avec chaque garantie associée (DC, Rente)
- La double effet avec la garantie qui prend effet le plus tôt entre le DCTC et le DC accident
- Exo avec l'ITT
- Exo avec le capital invalidité / rente d'invalidité
- IJ avec la rente invalidité
- Toutes les garanties incapacité / invalidité (Capital et rente)
- IJ Accident et IJ Maladie accident si associées

Bon à savoir : L'ensemble de ces règles est paramétré dans le parcours pour simplifier le choix du client et la saisie par le commercial.

4.2.1 Date de signature de l'acceptation de l'offre

La date de signature de l'offre est également pré-affichée à la date du jour

ADHESION/SOUSCRIPTION

- En cas de signature papier : elle est manuscrite.
- En cas de signature tactile: elle est non modifiable et correspond à la date de la signature /mail.

Bon à savoir :

Cette date pilote le démarrage du délai de renonciation (cf chap. délai de renonciation)

4.2.2 Illustration du choix des dates de prise d'effet des garanties

Un client reçoit son offre d'adhésion en date du 10 septembre :

- S'il souhaite faire démarrer ses garanties à effet différé au 1er d'un mois, **il faudra modifier la date d'effet du contrat** au 1er du mois qui suit la date du jour, C'est-à-dire au 1^{er} octobre : les garanties à effet différé prendront effet le 1^{er} du mois choisi (par exemple 1^{er} janvier de l'année suivante) et les « garanties à effet immédiat » prendront effet le 1er du mois qui suit la date du jour, c'est-à-dire le 1^{er} octobre. **Pour cela, il ne faut pas oublier de modifier la date dans l'outil.**
- A contrario, si la date d'effet du contrat pré-affichée à la date du jour n'est pas modifiée : les garanties à effet immédiat prendront effet immédiatement, le 10 septembre, et les garanties à effet différé prendront effet le 10 du mois choisi (par exemple le 10 décembre ou 10 janvier).
- **Dans tous les cas, la date de signature client tactile ou manuscrite à renseigner sera la date du jour de l'acceptation de l'offre.**

En résumé :

La date d'effet différé doit être calée sur la date d'une des échéances (i.e. même jour du mois), et ce pour l'ensemble des garanties.

Exemple 1 : échéances mensuelles

Date de signature = 17/03

Dates d'effet différé possibles : 17/04, 17/05, 17/06, ...

Exemple 2 : échéances trimestrielles

Date de signature = 08/01

Dates d'effet différé possibles : 08/04, 08/07, 08/10,

La date de début de la garantie différée est pilotée par la date d'effet du contrat

Exemple :

La date de saisie est le 05/09/2018.

Le client souhaite les garanties IJ à effet différé du 01/01/2019.

- Action : Le commercial doit modifier la date de signature pré-affichée au 05/09 en remplaçant par le 01/10/2018
- Résultat : La date d'effet du contrat sera au 01/10/2018 & la date d'effet différée sera au 01/01/2019

4.1 DECLARATION DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

L'exercice d'une activité professionnelle n'est obligatoire pour la souscription de l'offre Allianz Prévoyance. L'assuré peut être inactif mais dans ce cas il ne pourra prétendre aux garanties incap./inval.

Pour Allianz Prévoyance TNS, être en activité professionnelle est une condition obligatoire pour souscrire au contrat.

Le parcours pilote l'identification de l'activité professionnelle

1) On questionne sur la multi-profession

ADHESION/SOUSCRIPTION

- 2) On collecte le statut professionnel : artisan, chef d'entreprise, commerçant, exploitant agricole, fonctionnaire, inactif, salarié, travailleur indépendant/libéral
- 3) On saisit le code NAF OU la famille de métier parmi une liste proposée puis on saisit la profession (comme actuellement)
- 4) On répond jusqu'à 6 questions personnalisées pour affiner le risque

La tarification calcul un niveau de risque 0,1,2,3 ou 4 qui s'intègre dans le calcul du tarif. (NB : information jamais restituée)

4.2 DECLARATION DES ACTIVITES PROFESSIONNELLES A RISQUE

À la souscription, l'assuré doit déclarer ses éventuelles activités professionnelles à risque.

Lorsque l'assuré déclare pratiquer une profession à risque, les conditions d'acceptation peuvent se présenter selon différents niveaux d'appréciation

4.2.1 Détermination du risque

Sélection d'une catégorie est obligatoire, elle enclenche l'affichage d'une sous-catégorie afin d'affiner le risque

4.2.2 Application d'un critère d'appréciation (rappel des formalités techniques)

Lorsque l'assuré déclare pratiquer une profession à risque, les conditions d'acceptation se traduisent selon 3 catégories :

- 1- standard,
- 2- majoration
- 3- refus de la garantie.

A retenir

La majoration pour profession à risque, se substitue à la majoration initiale (celle liée à la classe de risque). Cela signifie qu'il n'y a pas de cumul des deux majorations

4.3 DECLARATION DES SPORTS A RISQUES

4.3.1 Exclusion des sports à risques

La pratique sportive est couverte SAUF les sports à risque qui sont d'une façon générale exclus et indiqués dans la Notice d'information.

Limite/Exception :

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

4.3.2 Faculté de rachat

Le client peut demander à être couvert sur ces activités à risque moyennant une analyse du risque avec surprime ou exclusion éventuelle.

Dans le parcours ; il est possible de sélectionner jusqu'à 5 sports à risque

4.3.3 Modalités d'acceptation d'un rachat (rappel des formalités techniques)

ADHESION/SOUSCRIPION

Lorsque l'assuré déclare pratiquer un sport à risque, les conditions d'acceptation données par la table des activités sportives (ou par la Direction Technique) se présentent comme telle :

Le refus se traduit ici par l'exclusion du sport sur la/le(s) garantie(s) concernée(s).

Ex : boxe anglaise avec compétitions :

- surprimes en pourmillage (%) du capital sur les garanties décès et
- refus sur les garanties Incap/Inval

4.3.4 Fonctionnement du risque aggravé

L'application d'un Risque Aggravé Non Médical sportif s'ajoute à la majoration liée à la classe de risque.

- Majoration du tarif avec application de la surprime sur les garanties décès et couverture du sport à risque ;
- Couverture des risques incap/inval au tarif standard avec exclusion du sport à risque.

Il est possible de déclarer jusqu'à 5 sports dans le parcours afin que leur pratique soit assurée par le contrat.

Un sport déclaré peut faire l'objet :

- **N1/ D'aucune majoration (pas de passage en gestion)**
- **N2/ Une majoration sans passage en gestion (RA avec calcul de la majoration en automatique)**
- **N3/ Un passage en gestion avec remplissage d'un questionnaire pour définir le niveau de majoration.**

Si au moins l'un des sports déclarés nécessite un passage en gestion (N3) alors tout le dossier passe en gestion. La gestion s'attend à recevoir du client un questionnaire rempli par sport de niveau N3. (cf chap sport)

L'affaire remonte en gestion afin de gérer les règles de cumul de risques aggravés.

4.3.5 Sports pratiqués à titre professionnel

Les conséquences de la pratique sportive à titre professionnel sont exclues de toutes les garanties.

Cependant, les sports pratiqués à titre professionnel doivent faire l'objet d'une déclaration spécifique lors de la demande d'adhésion.

Dans le cas d'un sportif professionnel, pour proposer un projet, il faut :

- 1- saisir le sport pratiqué en tant que professionnel dans les « professions à risque »
- 2- ne rien mettre dans les sports à risque par rapport à ce sport pratiqué

4.4 LES FORMALITES MEDICALES

L'acceptation du contrat est soumise, entre autre, à une acceptation médicale qui se fait à partir d'une appréciation de certains critères présents dans l'étude tarifaire et sur l'ensemble des formalités médicales réalisées.

L'analyse du risque médical permet d'ajuster la cotisation au plus juste, en fonction du « profil santé » de l'assuré. (cf. chap. dédié)

ADHESION/SOUSCRIPTION

Si celui-ci ne déclare aucun risque en matière de santé, il pourra signer son contrat sans exclusion, ni surcoût.

Dans le cas contraire, des questions complémentaires ou des examens médicaux peuvent être demandés, ce qui pourra entraîner un risque aggravé et de fait une majoration de sa cotisation, voir une ou plusieurs exclusions.

4.5 L'EES

Lorsque des formalités médicales sont nécessaires, un espace sécurisé et personnalisé est ouvert au client (identifiant et mot de passe nécessaire) afin qu'il réponde au questionnaire et dépose tous les documents médicaux réclamés pour l'appréciation du risque.

Cet espace remplace l'envoi papier il disparaît dès que le médecin conseil a récupéré ces éléments.

4.6 LA COTISATION

4.6.1 Le calcul du tarif

Le tarif dépend:

- de la profession de l'assuré,
- du lieu de résidence,
- de l'âge de l'assuré : tarif âge par âge dès 18 ans,
- de la garantie,
- du résultat des formalités médicales d'adhésion,
- d'être fumeur ou non sur les garanties Décès (hors décès accidentel),
- fonction des éventuelles activités sportives à risques pratiquées par l'assuré
- de l'acceptation de la réassurance pour les capitaux > 1,9M .

A noter : Le tarif est majoré du montant de la cotisation annuelle ANCRE. Mais le tarif affiché dans l'outil et l'offre ne tient pas compte de la cotisation Ancre

4.6.2 La périodicité

Il s'agit d'un produit en cotisations périodiques.

Périodicité
Annuelle
Semestrielle
Trimestrielle
Mensuelle

Le quittancement appellera à la date convenue le montant des cotisations liées aux garanties (à effet immédiat ou effet différé).

Aucun frais de fractionnement ne s'applique aux primes quelle que soit la périodicité choisie.

Il existe des seuils :

Montant Minimum	mensuelle : 2€ (1,5€ en L2) trimestrielle : 8€ (7€ en L2) semestrielle : 16€ (14€ en L2) annuelle : 33€ (29€ en L2)
Montant Maximum	Sans objet

4.6.3 Les modalités de paiement

ADHESION/SOUSCRIPION

Le paiement à la souscription se fait exclusivement en **Prélèvement Automatique** (mandat SEPA) avec RIB à fournir.

4.6.4 Fonctionnalité "Entreprise payeur de primes"

Sous certaines conditions il est possible pour l'assuré de remettre un RIB différent de son compte personnel, il peut remettre son RIB professionnel.

Cette faculté est disponible sur les deux versions de produit

- Allianz Prévoyance TNS
- Allianz prévoyance (version particulier)

Condition :

- L'assuré est au RSI ou à la CIPAV et n'est pas auto-entrepreneur
- L'assuré est au MSA et n'est pas salarié

Cette fonctionnalité est disponible sur la page « Justificatifs » lors de l'étape de souscription.

4.6.5 Les dates de prélèvement

Il n'y a que 2 dates de prélèvement possibles : le 05 et 15 du mois.

Toutefois, les dates de prélèvement ne sont **pas au choix du client**. Il n'y a pas non plus de changement possible en cours de contrat.

Principe : la date d'échéance est calée sur la date d'effet de l'acceptation de l'offre d'**adhésion**.

- o Si date d'échéance =] le 5 du mois M et le 15 du mois M]. date de prélèvement = le 15 du mois M
- o Si date d'échéance =] le 15 du mois M et le 5 du mois M + 1]. date de prélèvement = le 5 du mois M + 1

4.6.1 Les modalités

En cas d'effet différé, l'assuré paie sa cotisation à la date d'effet de sa garantie.(rappel : La prise d'effet d'une garantie doit correspondre à un fractionnement).

Si l'assuré dispose uniquement de garantie(s) à effet différé et donc aucune à effet immédiat (ce qui signifie un 1^{er} paiement à effet différé également), il paiera néanmoins les frais d'association à la souscription.

Le 1^{er} paiement des **frais d'association** se fait à l'adhésion. Les frais seront ensuite prélevés annuellement, au cours du mois de mars. Ils sont de 6 €.

4.6.2 Impact en cas de non paiement

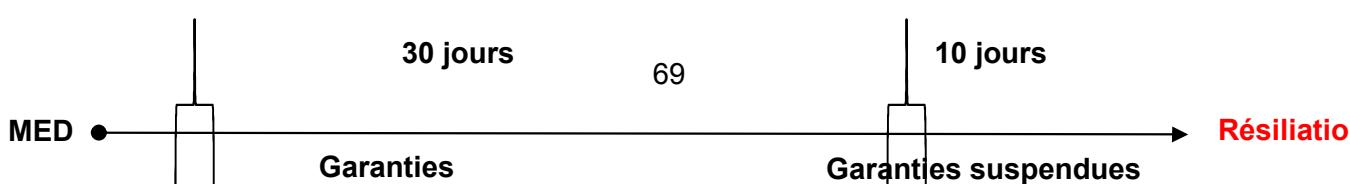
Impact sur les prestations :

C'est l'article L113.3 du CA qui doit s'appliquer « **A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, (...), la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré (...)**»

En cas de non-respect de ce formalisme, la nullité de la résiliation entraînera le paiement de toutes les prestations sinistres aux clients alors même que les cotisations seraient impayées.

Pour les contrats en impayés avec lettre de mise en demeure envoyée au client, la prise en charge d'un sinistre peut s'effectuer jusqu'à 30 jours après la date d'envoi de la LRIAP, avec compensation des dettes, déduites de la prestation à servir (gérée automatiquement dans GCP)

Entre le 31ème jour et le 40ème jour : les prises en charges doivent être refusées.



ADHESION/SOUSCRIPTION

MED = Mise en demeure

ADHESION/SOUSCRIPTION

4.7 LES CLAUSES BENEFICIAIRES

La clause bénéficiaire standard est proposée par défaut, toutefois, l'assuré est libre de déterminer son ou ses bénéficiaires.

Pour fluidifier la démarche, le parcours propose une standardisation des clauses libres toutes conformes d'un point de vue juridique et opérationnel.

Cette démarche permet la poursuite de la souscription même lors d'une clause libre non standard

4.8 LES JUSTIFICATIFS

Les justificatifs sont fournis uniquement à la souscription (contrôlés à postériori par la supervision)

C'est le parcours qui pilote la nécessité des justificatifs en fonction des éléments de l'offre et des règles techniques.

Plusieurs types de justificatifs possibles :

- Vérification des informations personnelles avec téléchargement d'une pièce d'identité
- Vérification des informations personnelles avec téléchargement ou extrait Kbis de moins de 3 mois pour une personne morale (payeur de prime).
- Saisie des informations bancaires du payeur de primes avec édition du mandat SEPA
- Si présence d'une garantie Incapacité alors demande de téléchargement de justificatifs de revenus
- Le téléchargement de justificatifs de frais fixes si votre client a choisi une garantie Incapacité et a renseigné des frais fixes.
- Le téléchargement de Justificatifs de création d'entreprise si le client bénéficie de l'offre Créateur d'entreprise.
- Le téléchargement de justificatifs d'équivalence en cas de reprise concurrence pour une garantie IJ.

4.8.1 Pièce d'identité et/ou Kbis

4.8.1.1 Personne physique :

Le commercial doit vérifier auprès du client l'exactitude des données personnelles affichées.

Si celles-ci sont inexactes, doit les modifier dans la fiche client ou directement dans le parcours (avec mise à jour ultérieure de sa fiche client dans son CRM)

Si les informations sont exactes, il télécharge alors la pièce d'identité.

Pièce d'identité acceptée :

- **Carte Nationale d'Identité recto-verso,**
- **Passeport à jour,**
- **Carte de séjour.**

4.8.1.2 Personne morale :

Si l'assuré choisit le RIB de son entreprise, alors il devra communiquer des informations nécessaires à la **création de la fiche client de l'entreprise**

- La raison de la prise en charge du paiement des cotisations par l'entreprise
- Le statut du client dans l'entreprise
- Le N° SIRET de l'entreprise
- La dénomination ou raison sociale de l'entreprise
- La catégorie juridique de l'entreprise
- Le secteur d'activité de l'entreprise
- L'adresse de l'entreprise

Le commercial doit vérifier auprès du client la réalité de sa déclaration de Travailleur Non salarié. Pour cela tout TNS doit pouvoir fournir un justificatif de création d'une entreprise en nom personnelle

Justificatif accepté :

- **Extrait K bis édité depuis – de 3 mois**

ADHESION/SOUSCRIPION

4.8.2 Justificatif de paiement

4.8.2.1 RIB/ Mandat SEPA

Le client doit communiquer ses coordonnées bancaires (rappel : PA obligatoire) qui sont enregistrées dans le parcours qui édite automatiquement le MANDAT SEPA.

Justificatif :

Le commercial doit demander le RIB de l'assuré, le téléchargement du RIB est obligatoire pour poursuivre °

4.8.2.2 Attestation payeur de prime personne morale

L'assuré TNS qui souhaite que les cotisations soit prélevées sur le compte bancaire de « l'entreprise » doit se conformer à la réglementation applicable pour éviter d'être suspecter d'abus de bien social (ou détournement).

Il doit attester que :

1. La prise en charge par la société identifiée du paiement de l'ensemble des cotisations liées à l'adhésion du client au titre du contrat d'assurance est effectuée au titre d'un complément de rémunération versé à son profit dans le cadre de son activité effectivement exercée en tant que travailleur non salarié au sein de la société.
2. La prise en charge par la société précitée du paiement de ces cotisations a fait l'objet d'un accord de la part de l'organe compétent (assemblée des associés, ...) de la société, en application de la réglementation et/ou des statuts et que cela est effectuée dans le strict respect de la réglementation comptable, juridique et fiscale en vigueur.

Justificatif :

- Signature de l'attestation payeur de prime personne morale éditée depuis le parcours (Téléchargement obligatoire)

4.8.1 Justificatifs pour les garanties IJ

Concerne les garanties :

- Incapacité Temporaire Totale Accident,
- Incapacité Temporaire Totale Maladie / Accident,

4.8.1.1 Justificatifs de revenus

L'assurance n'autorise pas l'enrichissement via les garanties Indemnités Journalières, ce qui suppose que les revenus journaliers du client doivent être sensiblement identiques au montant d'Indemnités journalières choisi

Le commercial doit réclamer et vérifier les justificatifs de revenus à fournir lors de la souscription dans les cas définis ci-dessous.

- Le montant IJ correspond au montant journalier total par assuré souscrit.
- Les dividendes et assimilés ne sont pas retenus dans les revenus.
- Les limites de montant d'IJ nécessitant ou non un justificatif sont informatisées

Si plusieurs garanties d'Incapacité Temporaire de Travail Maladie/Accident sont souscrites par un même assuré, c'est le montant total souscrit (IJ Accident + IJ Maladie/Accident) qui permet de déterminer la nécessité ou non du justificatif.

ADHESION/SOUSCRIPION

Justificatif :

- Pour les salariés :

La souscription est limitée à 50% de ses revenus nets (les primes récurrentes peuvent être incluses dans ce montant net après avoir été « proratées » sur 3 mois).

Pour toute demande d'adhésion supérieure à 70 € l'assuré doit nous fournir ses 3 derniers bulletins de salaire.

Lorsque le système de rémunération n'est pas nivélé sur l'année, il faut prendre la moyenne sur 12 mois.

- Pour les travailleurs non-salariés TNS (Artisans, Commerçants, Professions libérales et salariés libéraux) :

Pour toute demande d'adhésion supérieure à **100 € (ou 180 euros pour les professions libérales et salariés libéraux)**, le dernier avis fiscal doit être fourni.

La souscription est limitée à 100% du chiffre d'affaires du TNS/365 ou à 100% du revenu net imposable du TNS/365.

Cas particulier du conjoint-collaborateur de TNS : Pour s'assurer seul et donc sans justificatifs fiscaux du TNS, un document justifiant le statut doit être fourni pour obtenir un montant d'IJ maxi de **50 €**, en l'absence de ce document, le montant est limité à 30 €. Le conjoint collaborateur sera rattaché à une CSP existante, mais comme il a un statut à part, il doit justifier de son statut.

Justificatifs pour Chiffre d'affaires				
Catégorie sociale	Régime	N° de déclaration fiscale	Tableau	Lignes à prendre en compte
Artisans Commerçants	Régime réel simplifié	2031	2033 B	210 - 214 - 218
	Régime réel normal	2031	2052	FL
Professions Libérales	Déclaration contrôlée	2035	2035 A	AD
Possibilité Pour tous		2042	-	Revenu net imposable

Pour le TNS il est possible d'intégrer et garantir les frais généraux fixes du TNS en nom propre sous réserve de fournir les justificatifs suivants: (cf. tableaux ci-dessous)

IJ max frais généraux = montant total frais fixes * / 365

Régime fiscal	Clients concernés	Document justificatif complet	N°	tableau	n° ligne
B.I.C. Personnes physiques	Commerçant ou Artisan	Régime réel normal	2031	2052	FW-FX-FY-FZ-GU
		Régime réel simplifié	2031	2033 B	242-244-250-252-254
I.S.	Gérant de SARL	Régime réel normal	2065	2052	FW-FX-FY-FZ-GU

ADHESION/SOUSCRIPTION

Personnes morales ou B.N.C	Chef d'entreprise Professions libérales	Régime réel simplifié	2065	2033 B	242-244-250-252-254
		Régime réel normal	2035	2035 A	BR

Veuillez noter que la Direction Juridique Assurance de Personnes a confirmé la conformité de la situation notamment dans le cadre fiscal Madelin (cas de l'offre Allianz Prévoyance TNS)

Cas pratique :

- Monsieur est Profession Libérale (ex : avocat)
 - Il peut souscrire jusqu'à 180€ d'IJ sans justificatif
 - Mais Monsieur souhaite 320 € d'IJ pour couvrir à la fois son revenu (CA) et ses charges fixes

Comment calculer ? On cumule les deux tableaux

professions Libérales	Déclaration contrôlée	2035	2035 A	AD
-----------------------	-----------------------	------	--------	----

B.N.C	Professions libérales	Régime réel normal	2035	2035 A	BR
-------	-----------------------	--------------------	------	--------	----

4.8.1.2 Justificatifs en cas de reprise concurrence

Il est possible d'abroger les délais d'attente, et le délai Loi Evin, de toutes les garanties, sous réserve de remise d'un justificatif de reprise concurrence de la garantie IJ.).

Plusieurs conditions cumulatives sur présentation de justificatif IJ équivalent :

- **durée de la nouvelle franchise maladie identique ou plus longue (on ne tient pas compte de la franchise accident) ;**
- **montant identique ou + ou -25% ;**
- même niveau de couverture (c'est-à-dire « toutes causes » ou « hors dos/psy ») ;
- et la résiliation de l'ancien contrat ne doit pas être intervenue plus de 3 mois avant la prise d'effet du contrat Allianz.

Pour être valable le justificatif doit être détaillé. Tout document qui contient les informations suivantes : garanties, montant, ... pourra servir de justificatif de reprise concurrence.

Ex :

- DP,
- Avis d'échéance/appel de cotisation,
- Certificat de radiation,
- Attestation de la concurrence...

Illustration :

si GH + IJ + Maladie redoutée souscrites, abrogation des délais de carence des 3 garanties sur présentation de justificatif IJ.

ADHESION/SOUSCRIPION

4.8.2 L'impact de la fausse déclaration

Pendant le délai d'attente abrogé	Si sinistre pendant le délai d'attente	Après délai d'attente pendant 2 ans surveillance portefeuille	Après 2 ans
<p>Si fausse déclaration intentionnelle possibilité d'opposer la nullité (L.113-8 CA)</p> <p>Si fausse déclaration non intentionnelle possibilité soit de maintenir le contrat avec application des délais d'attente / soit de résilier le contrat (L.113-9 CA)</p>	<p>Si fausse déclaration intentionnelle possibilité d'opposer la nullité (L.113-8 CA)</p> <p>Si fausse déclaration non intentionnelle, en application de l'article L.113-9 CA, l'application de la règle proportionnelle de prime entraîne le refus de prise en charge du sinistre survenu pendant le délai d'attente et le maintien du contrat pour l'avenir.</p>	<p>Dans la mesure où à aucun moment nous n'avons indiqué au client que nous renoncions à la résiliation de son contrat pendant les 2 ans, possibilité de résilier le contrat à la prochaine échéance.</p>	<p>Si découverte de la fausse déclaration plus de 2 ans après l'entrée en vigueur de l'adhésion : aucune incidence</p>

4.1 LES NIVEAUX DE DELEGATION

4.1.1 Les cas délégués

La souscription est par principe finalisable.

Le commercial peut éditer une offre d'adhésion sauf en cas de limites (cf. chap. cas non délégués).

Validité du process :

- QMS à non
- QMI validé
- Calcul de quelques Risques Aggravés par le parcours
- Reprises concurrence

4.1.2 Les cas non délégués

Les cas suivant nécessitent un passage en gestion

- Les cas non traités par le QMI
 - Les formalités médicales spécifiques
 - Les acceptations techniques spécifiques (questionnaires techniques sportif/ professionnels ou financier)
 - Les Personnes Politiquement Exposées
- NB : Tuteurs curateurs ne sont pas pris en compte dans le parcours il faut se diriger vers 2 av

4.1.2.1 PPE

La 4^e directive européenne concernant les personnes politiquement exposées renforce le dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, avec élargissement des personnes concernées aux personnes résidentes et à leurs proches.

Si réponse « Oui » alors passage en gestion pour envoi par mail de la fiche confidentielle de renseignement

Exemplaire de la fiche en attente

ADHESION/SOUSCRIPTION

Le décret d'application publié en 2018 précise la nature des fonctions qui sont retenues dans la définition des PPE

En cours :

- Définition des pièces et/ou questions à poser.

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

PARTIE 5 - VIE DU CONTRAT

Partie 5 - VIE DU CONTRAT	77
5.1 Le délai de renonciation.....	77
5.2 La date anniversaire du contrat.....	77
5.3 L'évolution des cotisations.....	77
5.4 Les impayés.....	78
5.1 Les avenants.....	78
5.2 les modalités d'indemnisation	87

5.1 LE DELAI DE RENONCIATION

La date de conclusion du contrat est celle qui permet le calcul du délai de renonciation du contrat (30 jours).

5.1.1 Point de départ du délai :

- date de signature de l'offre d'adhésion

5.1.2 Effet de la renonciation :

- remboursement intégral de la cotisation (y compris la cotisation d'adhésion)
- édition d'un courrier de confirmation par le Centre de Service Clients

5.2 LA DATE ANNIVERSAIRE DU CONTRAT

La date anniversaire du contrat équivaut au jour + mois de la date d'effet de l'adhésion (connue aussi sous le nom de l'échéance principale) même si le contrat est souscrit à effet différé.

Exemple : Contrat souscrit le 15/05/2012

Date anniversaire : 15/05

5.3 L'EVOLUTION DES COTISATIONS

Il existe deux traitements distincts susceptibles de modifier la cotisation initiale

Indexation	Implique l'augmentation des primes et des garanties (montant de l'indemnisation). Cette augmentation parallèle a pour but de suivre l'inflation <ul style="list-style-type: none"> - applicable chaque année à la date anniversaire du contrat. - un taux fixe : 2%/an <p>Le refus par l'assuré est possible.(si refus 3 ans de suite : le refus est définitif)</p>
-------------------	---

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

Revalorisation	Elle s'entend par un taux déterminé en fonction des résultats du portefeuille (revalorisations tarifaires) mais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le taux de revalorisation est différent en Affaire nouvelle et en portefeuille. De même, ce taux pourra être différent selon la garantie et la CSP. ▪ <ul style="list-style-type: none"> - chaque date anniversaire du contrat - refus impossible. - augmentation des primes uniquement (sans impact sur les montants d'indemnisation)
-----------------------	---

A noter :

Par ailleurs, la cotisation évolue chaque année en fonction de l'âge atteint par l'assuré.

5.4 LES IMPAYES

- **Versement(s) à la souscription :**
le prélèvement ne sera pas représenté **la souscription est immédiatement passée à "SANS EFFET"**.
- **Cotisation périodiques**
Dès le premier impayé, le prélèvement automatique est annulé et n'est pas représenté, un traitement automatique enregistre l'impayé et déclenche l'abandon du plan de versements réguliers.

5.1 LES AVENANTS

L'Avenant est un terme utilisé particulièrement dans le langage du droit des assurances pour désigner une convention écrite qui est l'accessoire du contrat principal. Il a pour effet est de modifier les conditions ou les modalités des engagements qui figurent sur la convention initiale.

Les avenants peuvent être scindés en quatre grandes catégories :

- Modifications administratives (sans impact tarifaire)
- Changements concernant l'assuré (avec impact tarifaire)
- Changements concernant les garanties (avec impact tarifaire)
- L'avenant de défense de portefeuille (avec impact tarifaire)

En cas d'impact tarifaire, l'outil mis à disposition est fonction du type de demande :

- **L'outil affaire nouvelle de remplacement (AFNR) disponible dans 2AV (au tarif affaire nouvelle)**
- **L'outil avenant**

5.1.1 Les avenants administratifs

Ces événements sont sans impact sur le tarif ni sur le N° du contrat qui est conservé

- Sauf exception, la majorité des actes administratifs ne sont pas délégués aux commerciaux.
- Un formulaire PDF est mis à disposition des commerciaux.
- Tous les actes de gestion enregistrés par la gestion font l'objet d'une notification de mise à jour de la demande par courrier, SMS ou Mail

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

Il faut s'adresser au centre de service client les documents définis dans le tableau suivant, selon le type de modification :

Changement de situation	Délégué	Processus
Changement de RIB	Non	<p>Cet évènement n'est pas délégué aux commerciaux.</p> <p>l'agent enregistre le RIB dans la fiche client lagon puis édite le mandat pour signature client. L'agent adresse le RIB au CSC de Strasbourg et envoie le mandat au service client de la Défense.</p> <p><u>Client</u> : possibilité de faire une demande sur le site AZ.fr espace abonné, mais en absence de formulaire dédiée, il faut utiliser la fonctionnalité de communication standard (équivaut à un mail) avec RIB en pièce jointe</p> <p><u>Justificatifs</u> :</p> <p>Dans le cas où l'assuré envoie un changement de RIB au nom d'une SARL, dans le système de gestion des contrats (GCP), si la société n'est pas identifiée, cela implique de la créer. Dès lors pour l'identifier en Vie, la gestion nécessite un justificatif d'identité à savoir l'extrait K bis de moins de 3 mois pour les sociétés.</p> <p><u>Ce qu'il faut retenir</u> :</p> <p>Les contrôles de Conformité Vie imposent de vérifier systématiquement l'identité de l'assuré et du payeur de prime s'il est différent. Pour permettre à la gestion de procéder aux modifications des coordonnées bancaires de l'assuré, il faut adresser au CSC de Strasbourg :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un Extrait Kbis de moins de trois mois ▪ Une Attestation payeur personne morale ▪ Une demande écrite ou mandat signé
Changement fractionnement	de Non	<p>Cet évènement n'est pas délégué aux commerciaux.</p> <p>Envoi de la demande par courrier au CSC de Strasbourg.</p> <p>L'évènement est applicable à compter de la prochaine cotisation à émettre (prochaine échéance). Les effets rétroactifs sont interdits.</p> <p>La prime est payable/payée d'avance et sauf exception (le client qui demande une modification à la réception de son appel de cotisation, c'est à dire pour une cotisation émise mais non encaissée) on ne pratique pas d'annulation remboursement pour ensuite enregistrer un nouveau fractionnement.</p>

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

Modification de la Personne Changement Nom de famille	Non	Cet évènement n'est pas délégué aux commerciaux. La date de naissance ne peut être modifiée (elle participe au calcul du tarif) par voie administrative, en cas d'erreur il faut faire une Affaire Nouvelle de Remplacement (AFNR). Il est également interdit de modifier la civilité de monsieur à madame et inversement. Le contractant/assuré doit rester une personne unique. l'agent modifie la fiche client dans lagon et synchronise ; toutefois la modification de cette donnée est soumis au contrôle et à la validation d'un gestionnaire.
Modification de la Personne Changement de profession	Oui	Cet évènement n'est pas considéré comme un acte administratif (risque impact tarif) car c'est un critère d'appréciation du risque, il participe au calcul de la cotisation. Tout changement de profession doit être déclaré au commercial afin que celui-ci réalise une Affaire Nouvelle de Remplacement (AFNR) et s'assure de l'adéquation des garanties et de leur montant avec la nouvelle situation.
Changement d'adresse	Oui	Cet évènement est délégué aux commerciaux et ne nécessite pas de justificatif (d'identité ou de domicile). Actualisation fiche client sous lagon avec synchronisation MOM. <u>Client :</u> demande via site AZ.fr espace abonné avec formulaire dédié, ou courrier libre (TSA Strasbourg) ou appel téléphonique.
Changement de bénéficiaire (pour les garanties DCA et DCTC)	Non	Cet évènement n'est pas délégué aux commerciaux. Envoi du formulaire dûment renseigné au CSC de Strasbourg. Aucun justificatif n'est requis. En cas de bénéficiaire acceptant, il faudra l'accord préalable de ce dernier. Ne concerne pas les garanties rente conjoint ou rente éducation qui figurent parmi la liste des changements du risque et sont alors traités par Affaire Nouvelle de remplacement (AFNR).
Acceptation du bénéficiaire	Non	Cet évènement n'est pas délégué aux commerciaux. Envoi du formulaire dûment renseigné au CSC de Strasbourg. Aucun justificatif n'est requis.

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

5.1.2 Les avenants tarifaires

Les évènements ou besoins qui impactent l'appréciation du risque initial et nécessitent de revoir les conditions du contrat.

Changement concernant l'assuré	Délégué	Affaire nouvelle de remplacement	2AV (sélection option Affaire nouvelle de remplacement)
Changement concernant les garanties	Délégué	Avenant	Atoll - choix de l'avenant
		Affaire nouvelle de remplacement	2AV (sélection option Affaire nouvelle de remplacement)

(*) Sauf exception : cf liste dans chapitre dédié aux avenants administratifs.

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

5.1.2.1 Les modifications des données relatives à l'assuré

En cours d'adhésion, l'assuré s'engage à signaler par lettre recommandée avec avis de réception à Allianz Vie toute circonstance nouvelle, dans les 30 jours qui suivent sa survenance, qui pourrait entraîner une modification du risque (ou de son appréciation) couvert par l'Assureur.

Les circonstances nouvelles concernées sont les suivantes :

1. se remettre à fumer, même occasionnellement, si l'assuré avait déclaré être non-fumeur à l'adhésion,
2. changer de profession ou de statut professionnel (de Travailleur Non Salarié à Salarié, par exemple),
3. en cas de cessation d'activité ou de départ à la retraite si tel n'était pas le cas à l'adhésion,
4. reprendre son activité professionnelle après un arrêt de travail, même de manière partielle,
5. souscrire ou adhérer à d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité ou d'invalidité,
6. Un séjour à l'étranger de plus de 90 jours

Pas d'évènement délégué pour ces 4 derniers cas, un courrier à la gestion suffit pour traiter les conséquences sur le contrat.

Les deux premiers cas sont traités grâce à la fonctionnalité Affaire nouvelle de remplacement (AFNR) ainsi que les demandes portant sur :

- S'arrêter de fumer
- Déclaration d'une activité à risque

5.1.2.2 Les modifications de garanties

En cours de vie du contrat, l'assuré peut solliciter son commercial afin de vérifier l'adéquation de ses garanties avec sa situation personnelle/professionnelle.

En cas de changement, il convient alors d'adapter les garanties en cohérence avec sa situation actuelle et ses nouveaux besoins et de procéder selon le cas soumis soit :

- par Avenant,
- par Affaire Nouvelle de Remplacement (AFNR).

Cela peut impliquer 4 grandes catégories de modification de garantie :

1. Une suppression,
2. Une diminution,
3. Une augmentation*,
4. Un ajout.
5. Autres cas : changement du bénéficiaire de la rente de conjoint ; changement de durée de versement ou de franchise d'une IJ.

→ Les modifications 1 à 3 sont :

- déléguées aux commerciaux grâce à l'outil avenant,
- calculées au tarif portefeuille (tarif d'origine avec prise en compte de la revalorisation),
- compatibles avec l'application du budget défense portefeuille.

Elles doivent être réalisées en cohérence avec les règles de compatibilité du produit.

→ La modification n°4 :

- n'est pas disponible par l'outil avenant
- se fait par une Affaire nouvelle de remplacement

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

(*) Dérogation : par mesure de simplification de gestion des formalités médicales, si l'augmentation de la garantie est supérieure à 20%, on procédera par Affaire Nouvelle de Remplacement.

Attention, si l'avenant est enregistré avec une augmentation supérieure à 20%, le CSC renverra automatiquement vers l'AFNR

➔ La modification n°5 :

- n'est pas disponible par l'outil avenant
- se fait par une Affaire nouvelle de remplacement

- La demande de suppression de garantie

Outil	Acte délégué par l'outil Avenant.
Principe	Suppression d'une garantie au contrat.
Condition	Aucun sinistre en cours (versement de prestation) et à jour de cotisation.
Effet	Prend effet à la date de prochaine cotisation à émettre (PCE).
Acceptation médicale	Aucune formalité médicale.
Acceptation technique	En cohérence avec les règles de compatibilité des garanties.
Gestion des budgets commerciaux	Même s'il y a du budget récurrent sur le contrat, la « partie du budget » correspondant à la diminution du capital (ou à la suppression de la garantie) n'est pas restituée au commercial car le budget a été utilisé et donc consommé avant l'avenant, Il n'y a donc jamais de mise à jour du SGE

- La demande de diminution de garantie

Outil	Acte délégué par l'outil Avenant.
Principe	Diminuer le montant assuré pour une garantie. Il peut s'agir de diminution du montant : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> De la GH, <input type="checkbox"/> D'une IJ, <input type="checkbox"/> D'une rente, <input type="checkbox"/> Des capitaux.
Condition	Aucun sinistre en cours (versement de prestation) et à jour de cotisation.
Effet	Prend effet à la date de prochaine cotisation à émettre (PCE).
Acceptation médicale	Aucune formalité médicale.
Acceptation technique	En cohérence avec les seuils des garanties.
Gestion des budgets commerciaux	Même s'il y a du budget récurrent sur le contrat, la « partie du budget » correspondant à la diminution du capital (ou à la suppression de la garantie) n'est pas restituée au commercial car le budget a été utilisé et donc consommé avant l'avenant, Il n'y a donc jamais de mise à jour du SGE

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

- La demande d'augmentation de garantie

Outil	Acte délégué par l'outil Avenant ou 2AV pour les augmentations de + de 20%
Principe	<p>Les demandes d'augmentation de garanties peuvent porter sur les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du montant de la GH, - Augmentation du montant de l'IJ, - Augmentation du montant rente, - Augmentation du montant des capitaux.
Condition	Aucun sinistre en cours (versement de prestation) et à jour de cotisation.
Effet	Prend effet à la date de prochaine cotisation à émettre (PCE).
Acceptation médicale et technique	<p>Pas formalités médicales si l'augmentation est inférieure ou égale à 20% et</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de sinistre dans l'année, ▪ Pas d'avenant sans formalités médicales au cours des 5 dernières années. <p>Des formalités médicales sont obligatoires si l'augmentation du montant des prestations est de plus de 20%.</p> <p>Formalités Médicales à appliquer dès le 1er € sur les garanties modifiées à la hausse mais en cas de surprime ou d'exclusion, celle-ci ne s'applique qu'au différentiel.</p> <p>En cas d'application d'un nouveau RA médical, la gestion doit utiliser l'outil RA pour calculer le RA médical réduit applicable sur la ou les garanties concernées.</p> <p>Délai d'attente : ne s'applique qu'au différentiel.</p> <p>Les justificatifs de revenus sont obligatoires pour justifier des nouveaux montants des garanties incapacité/invalidité.</p> <p>En cas de modification de la garantie DCTC et d'ANR, le tarif IJ sera contrôlé pour voir si la bonification est à mettre en place ou non.</p>
Gestion des budgets commerciaux	Lorsque le commercial souhaite accorder une réduction sur un contrat bénéficiant déjà d'un budget récurrent : celui-ci s'applique automatiquement. C'est le budget défense portefeuille qui est imputé (mise à jour automatique du SGE). Si le disponible Défense portefeuille n'est pas suffisant, le commercial devra appliquer un budget Défense portefeuille en majoration tarifaire pour compenser le consommé lié à l'avenant.

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

- La demande d'ajout de garantie

Outil	Affaire nouvelle de remplacement (AFNR)
Principe	<p>L'adjonction de garantie est soumise aux mêmes règles d'acceptation technique et médicale que celles appliquées en affaire nouvelle. Seule la garantie ajoutée au contrat fera l'objet d'une acceptation, les autres garanties initialement souscrites ne sont pas à considérer.</p> <p>Ainsi, la garantie ajoutée peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - acceptée normalement, - acceptée moyennant exclusion ou surprimes, - refusée. <p>Dans tous les cas, les garanties initiales ne subissent aucune modification.</p>
Condition	Aucun sinistre en cours (versement de prestation) et à jour de cotisation.
Effet	Prend effet à la date de prochaine cotisation à émettre (PCE).
Acceptation médicale et technique	<p>Formalités médicales au 1^{er} euro sur la garantie ajoutée. Si les nouvelles formalités médicales devaient conduire à un RA ou à une exclusion, ce dernier ne doit s'appliquer que sur la garantie ajoutée.</p> <p>Les justificatifs de revenus sont obligatoires pour justifier des nouveaux montants des garanties incapacité/invalidité.</p> <p>En cas de modification de la garantie DCTC, le tarif IJ sera contrôlé pour voir si la bonification est à mettre en place ou non</p>
Gestion des budgets commerciaux	Lorsque le commercial souhaite accorder une réduction sur un contrat bénéficiant déjà d'un budget récurrent : celui-ci s'applique automatiquement. C'est le budget défense portefeuille qui est imputé (mise à jour automatique du SGE). Si le disponible Défense portefeuille n'est pas suffisant, le commercial devra appliquer un budget Défense portefeuille en majoration tarifaire pour compenser le consommé lié à l'avenant.

- La demande de changement de bénéficiaire d'une rente éducation ou de conjoint

Outil	Affaire nouvelle de remplacement (AFNR)
Principe	<p>Concerne les garanties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rente conjoint, - Rente éducation <p>Cette demande de modification revient à supprimer et ajouter une nouvelle garantie car la garantie est appréciée selon les caractéristiques indicielles du bénéficiaire; donc en changer revient à annuler le choix initial pour un nouveau choix.</p>
Condition	Aucun sinistre en cours (versement de prestation) et à jour de cotisation.
Effet	Prend effet à la date de PCE.

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

Acceptation médicale et technique	<p>Formalités médicales au 1er euro sur la garantie ajoutée.</p> <p>L'adjonction de garantie est soumise aux mêmes règles d'acceptation technique et médicale que celles appliquées en affaire nouvelle (en cohérence avec les règles de compatibilité du produit).</p> <p>Seule la garantie ajoutée au contrat fera l'objet d'une acceptation, les autres garanties initialement souscrites ne sont pas à considérer.</p> <p>Ainsi, la garantie ajoutée peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - acceptée normalement, - acceptée moyennant exclusion ou surprimes, - refusée.
-----------------------------------	--

- La demande de changement de durée de versement ou de franchise d'une IJ

Outil	Affaire nouvelle de remplacement (AFNR)
Principe	Concerne les changements de : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Durée de franchise <input type="checkbox"/> Durée de versement
Condition	En cohérence avec les règles de compatibilité des garanties et sous réserve qu'aucun sinistre ne soit en cours (versement de prestation en cours).
Effet	Prend effet à la date de PCE.
Acceptation médicale	-
Acceptation technique	-

Les éditions en cas de modifications de contrat d'une affaire nouvelle de remplacement sont en sortie de 2AV.

Elles sont à l'identique de l'affaire nouvelle à l'exception de la demande de modification accompagnée de la demande de résiliation à faire signer par le client.

Liste des documents remis :

- Etude tarifaire
- Etude personnalisée
- Demande d'adhésion / Demande de modification
- Demande de résiliation
- Mandat SEPA
- QES si coché à OUI
- Les autres questionnaires si nécessaires à savoir : questionnaire financier si > 1,8 1,9M€ ? et/ou questionnaires d'activité et sportives à risque

Comme pour l'affaire nouvelle, la notice d'information doit être remise aux clients.

Pour le mode déconnecté (même tarificateur qu'en affaire nouvelle), des PDFs dynamiques sont mis à disposition.

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

- Cas d'un avenant

Pas d'édition d'étude tarifaire ni de devoir de conseil en automatique dans l'outil. Si nécessaire, le commercial simule plusieurs cas avant de valider ou d'abandonner la démarche.

Le dossier complet doit être adressé au CSC de Strasbourg pour traitement de la demande et archivage.

Les documents remis sont :

- Demande d'avenant (impression obligatoire avec signature du client)
- Formalités médicales selon le contexte (obligatoire si sinistre indemnisé au cours des 12 derniers mois)
- Questionnaire financier et déclaration d'activités (dépend du contexte)
- Avenant au bulletin d'adhésion (+ courrier d'accompagnement) => après validation et seulement en cas de finalisation. L'avenant ne reprend pas les garanties non modifiées. En cas d'augmentation ou de diminution, seule la garantie modifiée est présente avec le nouveau montant. En cas de suppression seule la garantie supprimée est présente.

Il est inutile de remettre une nouvelle version de la notice d'information.

5.2 LES MODALITES D'INDEMNISATION

5.2.1 Principes généraux de déclaration de sinistre

Il faut s'adresser au centre de service client et communiquer les documents définis ci-après selon l'origine de la prestation (NB : Le gestionnaire a la possibilité de demander toute autre pièce justificative qui lui serait nécessaire pour le traitement de la demande).

Coordonnées du centre de services clients

DIRECTION DES OPÉRATIONS VIE
TSA 81003
67018 STRASBOURG CEDEX

5.2.2 Les modalités de paiement

Le CSC privilégie le virement (sous réserve d'obtention du RIB) ou par lettre chèque

5.2.3 Les garantie décès

L'indemnisation du décès est prise en charge par les collaborateurs du CSC de Tours

Les bénéficiaires doivent fournir les justificatifs suivants :

NB : Tous les documents à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe confidentielle « Secret Médical ».

- En cas de Décès
 - o l'extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un,
 - o le certificat médical post-mortem,
 - o un justificatif de l'état civil et de la qualité de bénéficiaire (carte d'identité, livret de famille...),
 - o les coordonnées des ayants droits ou héritiers ou éventuellement un certificat de notoriété.
- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
 - o le certificat médical descriptif attestant que l'assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
 - o le cas échéant, la notification de rente d'accident du travail entraînant une Invalidité Permanente avec majoration « tierce personne ».

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

- Pour la Rente Conjoint
 - o un extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un,
 - o un document justifiant de l'état-civil du bénéficiaire ou éventuellement un certificat de notoriété.
- Pour la Rente Éducation
 - o un extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un,
 - o un document justifiant de l'état-civil du (des) bénéficiaire(s) ou éventuellement un certificat de notoriété,
 - o les documents exigés par la réglementation fiscale avant le règlement à chaque bénéficiaire de la rente,
 - o une déclaration sur l'honneur du (des) bénéficiaire(s) indiquant qu'il(s) répond(ent) à la définition d'« enfant à charge » de l'assuré,
 - o un certificat de suivi d'études pour l'(les) enfant(s) bénéficiaire(s) de plus de 18 ans
- Pour le Double Effet Familial
 - o un extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un,
 - o un document justifiant de l'état-civil du bénéficiaire ou éventuellement un certificat de notoriété,
 - o le dernier avis d'imposition de l'assuré et du bénéficiaire,
 - o une déclaration sur l'honneur du bénéficiaire indiquant que l'(es) enfant(s) répond(ent) à la définition d'« enfant à charge » du bénéficiaire.

5.2.4 Les garanties Indemnités Journalières

L'indemnisation des IJ est prise en charge par les collaborateurs du CSC de Strasbourg

Une fonctionnalité sur l'espace Client et sur Mon Allianz Mobile permet aux assurés de **déclarer en ligne leur arrêt de travail**. Cette démarche digitale, simple et rapide, leur garantie le traitement de la demande et un paiement sous 10 jours de leurs indemnisations journalières (cf. Communication dédiée au Parcours IJ)

La déclaration doit être faite au plus tard dans les 15 jours ouvrés qui suivent le premier jour d'incapacité de travail. (Avant la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle de l'assuré). Si l'assuré déclare son Incapacité Temporaire Totale de travail après le délai de déclaration de 15 jours, la durée maximum de prise en charge sera égale à 365 ou 1095 jours, selon le choix fait à l'adhésion, diminués du délai de déclaration de l'assuré.

L'assuré doit fournir :

- o l'avis d'arrêt de travail initial, de prolongation ou de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique,
- o la déclaration de sinistre à télécharger en ligne ou à demander au CSC, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant.

Le paiement se fait après réception du ou des arrêts de travail (si prolongation) après retrait de la franchise et de la période d'arrêt écoulé

Le montant indemnisé peut s'élever de 1 jours à maximum 40jrs pour un seul versement.

5.2.5 Les garanties en cas d'Invalidité

L'indemnisation est prise en charge par les collaborateurs du CSC de Strasbourg.

L'assuré doit fournir :

- o un certificat médical détaillé attestant que l'assuré est en état d'invalidité,
- o la déclaration de sinistre envoyée par le CSC, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant.

PARTIE 4 – VIE DU CONTRAT

5.2.6 Les Maladies Redoutées

L'indemnisation est prise en charge par les collaborateurs du CSC de Strasbourg.

L'assuré doit fournir :

- le certificat médical descriptif indiquant la cause et la nature de la maladie,
- la déclaration de sinistre qui sera alors envoyée par l'Assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant.

5.2.7 Pour l'hospitalisation

L'indemnisation est prise en charge par les collaborateurs du CSC de Strasbourg.

L'assuré doit fournir :

- une attestation de l'établissement hospitalier (ou bulletin de situation) où l'assuré est, ou a été, hospitalisé, indiquant la date de son entrée et éventuellement celle de sa sortie, le(s) service(s) dans le(s)quel(s) il séjourne, ou a séjourné,
- le numéro FINESS de l'établissement hospitalier et le code DMT (Discipline Médico-Tarifaire),
- le décompte du temps passé dans les divers services médicaux et chirurgicaux.

NB : Les mêmes justificatifs sont demandés dans le cas d'une hospitalisation à domicile

ANNEXES

PARTIE 6 - SPECIFICITES RESEAUX

Partie 5 - SPECIFICITES RESEAUX	90
 5.1 L'abattement tarifaire.....	90
 5.2 Le tarif special agent :.....	90
 5.3 Réduction en cas de cumul des garanties IJMA et DCTC	90
 5.4 Les offres promotionnelles	91
 5.5 Le commissionnement	99

6.1 L'ABATTEMENT TARIFAIRES

Le taux d'abattement tarifaire maximum standard de référence du produit est de 10% maximum.

Le taux maximum d'abattement tarifaire correspond à un abattement de 100% (abattement total) du commissionnement qui s'applique aux apporteurs. Compte tenu des principes de commissionnement, il s'applique sur toutes les garanties.

Dans l'offre d'adhésion, un complément d'information est affiché dans la partie cotisation :
 « Vous bénéficiez d'un abattement tarifaire de [%abattement tarifaire]%. »

6.2 LE TARIF SPECIAL AGENT

Taux d'abattement : **-10%**

Le choix du tarif préférentiel engendre un commissionnement nul sur le mouvement d'apport.

Seul le commissionnement sur encours est dû à l'agent gestionnaire du contrat au 31/12 de l'année, selon les règles standards applicables.

6.3 REDUCTION EN CAS DE CUMUL DES GARANTIES IJMA ET DCTC

Réduction tarifaire à la souscription du tarif IJMA

- abattu de 10%
- sous condition de souscription d'une garantie décès toutes causes d'un montant supérieur ou égal à 75 000 €

ANNEXES

6.4 LES OFFRES PROMOTIONNELLES

Des offres promotionnelles permanentes (non saisonnières) sont accordées sur ce produit et sont à la main du commercial.

Il faut cependant noter une chronologie d'application si elles sont cumulées sur un contrat.

L'ordre d'application des réductions/majorations de prime annuelle d'un contrat est donc le suivant :

- Application de la réduction offre couplée
- Application des opérations commerciales (autres que la réduction offre couplée)
- Application des budgets commerciaux

6.4.1 La réduction offre couplée

Pour être éligible à cette offre, et obtenir une réduction de 10% de la cotisation (toutes les garanties souscrites bénéficient de la réduction), comme le libellé le laisse entendre, il faut :

- deux adhésions simultanées – c'est à dire avec une date de souscription identique
- deux contrats dont un AZ prévoyance avec un contrat au choix :

AZ prévoyance	la réduction s'applique aux 2 contrats notamment lorsque les deux conjoints souscrivent un contrat Az prévoyance et /ou TNS
AZ Composito Entreprise, APE, ARE, AZ retraite (TNS et individuel)	la réduction s'applique uniquement au contrat de la gamme Allianz Prévoyance.

A noter :

- La cotisation à l'association ANCRE n'entre pas dans le cadre de cette offre
- Une offre valable tout le temps et est applicable sur toutes les affaires nouvelles (y compris en cas d'effet différé).
- Aucune segmentation, l'offre s'applique à toutes les CSP
- L'ensemble des cotisations du/des contrats de la gamme Allianz Prévoyance sont soumises à une réduction de 10% sans limitation de durée (jusqu'au terme du contrat)
- En cas d'avenant d'ajout de garantie, la garantie ajoutée ultérieurement bénéficiera également de la réduction

6.4.2 Opérations commerciales

Plusieurs actions commerciales sont possibles sur l'ensemble de la gamme Allianz Prévoyance

- Mois gratuits,
- Réduction en euros
- Réduction en %
- Offre créateurs d'entreprise (cf. paragraphe correspondant pour plus de détails)

qui s'appliquent en cas d'affaire nouvelle sans condition (yc en cas d'effet différé).

Les opérations commerciales :

- sont toutes non récurrentes, elles s'appliquent par un non prélèvement de prime au début des mensualités (et non pas une baisse des mensualités par déduction de la prime annuelle de base).
- proposées et leur période d'application peuvent différer d'un produit à l'autre
- en cours de validité sont uniquement visibles à la date de souscription,

ANNEXES

- sont restituées dans l'offre d'adhésion (le nom de l'opération est affiché mais pas le montant de la ristourne accordée. Seul le montant annuel de la prime (hors réduction commerciale) est reproduit dans l'offre).

A ces combinaisons peuvent s'ajouter les budgets commerciaux et les réductions offre couplée.

- Cumul impossible sur un même contrat de l'offre créateurs d'entreprise avec une offre commerciale ponctuelle : l'offre créateurs d'entreprise étant gérée comme une OC. Le commercial devra saisir l'OC la plus intéressante pour son client
- Si une opération commerciale est appliquée simultanément à une réduction offre couplée, l'ordre d'application est le suivant :
 1. offre couplée (appliquée lors de la tarification, avant application des budgets commerciaux)
 2. offre créateurs d'entreprise
 3. opération commerciale ponctuelle : mois gratuits, réduction en euros ou réduction en pourcentage : appliqués en dernier lieu (sauf si l'offre créateurs d'entreprise est appliquée)

6.4.2.1 X Mois gratuits

Principe	Application de X mois gratuit (non récurrent) sur la cotisation de l'assuré payant sur tout le contrat Toutes les garanties souscrites dans le contrat bénéficient de la gratuité La cotisation à l'association (ANCRE) n'entre pas dans le cadre de la gratuité.
Périodicité et actes	Valable pendant une période limitée du xx/xx/xx au xx/xx/xx Cette offre s'applique sur toutes les affaires nouvelles (y compris en cas d'effet différé). Les affaires nouvelles de remplacement étant considérées comme un avenant, elles ne sont pas concernées.
Cible	Par produit (Part, TNS ou Pers Clé) et non par CSP.
Fonctionnement	<p>Pour le client, l'application de cette offre se traduira par un non-paiement des X premiers mois de cotisation.</p> <p>En fonction des dates d'effet souhaitées (effet immédiat, différé ou mixte), les mois gratuits s'appliquent selon les règles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet immédiat uniquement : application des mois gratuits sur les garanties à effet immédiat (donc sur toutes les garanties) ; ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet différé uniquement : application des mois gratuits sur les garanties à effet différé (donc sur toutes les garanties) ; ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet immédiat et différé (mixtes) : application des mois gratuits uniquement sur les garanties à effet immédiat. <p>En cas d'avenants enregistrés pendant la période de gratuité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les avenants sans impact tarifaire ne remettent pas en cause l'opération commerciale ; - Les avenants avec impact tarifaire ne modifient ni l'opération commerciale

ANNEXES

	(qui reste appliquée) ni le montant de gratuité calculé et stocké à l'affaire nouvelle. Ainsi, la garantie rajoutée pendant la période de gratuité ne bénéficiera pas de réduction / gratuité.
--	--

ANNEXES

6.4.2.2 Réduction en euros

Principe	<p>Application d'un montant de x€ par assuré (non récurrent) sur la ou les 1ères cotisations</p> <p>Toutes les garanties souscrites bénéficient de la réduction (sous réserves des règles énoncées ci-après en fonction du caractère immédiat ou différé des dates d'effet des garanties).</p> <p>La cotisation à l'association (ANCRE) n'entre pas dans le cadre de cette offre.</p>
Périoridité et actes	<p>Valable pendant une période limitée du xx/xx/xx au xx/xx/xx</p> <p>Cette offre s'applique sur toutes les affaires nouvelles (y compris en cas d'effet différé). Les affaires nouvelles de remplacement étant considérées comme un avenant ne sont pas concernées.</p>
Cible	Par produit (Part, TNS ou Pers Clé) et non par CSP.
Fonctionnement	<p>Application de la réduction sur le montant Hors taxe.</p> <p>Le montant de la réduction est ventilé par garantie proportionnellement aux montants de primes de chaque garantie.</p> <p>En fonction des dates d'effet souhaitées (effet immédiat, différé ou mixte), la réduction en Euros s'appliquera selon les règles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet immédiat uniquement : application de la réduction sur les garanties à effet immédiat (donc sur toutes les garanties) ; ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet différé uniquement : application de la réduction sur les garanties à effet différé (donc sur toutes les garanties) ; ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet immédiat et différé (mixtes) : application de la réduction uniquement sur les garanties à effet immédiat. <p>En cas d'avenants enregistrés pendant la période de réduction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les avenants sans impact tarifaire ne remettent pas en cause l'opération commerciale - Les avenants avec impact tarifaire ne modifient ni l'opération commerciale (qui reste appliquée) ni le montant de réduction calculé et stocké à l'affaire nouvelle. Ainsi, la garantie rajoutée pendant la période de réduction ne bénéficiera pas de la réduction

ANNEXES

6.4.2.3 Réduction en pourcentage

Principe	<p>Application d'un pourcentage de réduction (non récurrent) sur la ou les 1ères cotisations du contrat</p> <p>Toutes les garanties souscrites bénéficient de la réduction (sous réserves des règles énoncées ci-après en fonction du caractère immédiat ou différé des dates d'effet des garanties).</p> <p>La cotisation à l'association (ANCRE) n'entre pas dans le cadre de cette offre.</p>
Périodicité et actes	<p>Valable pendant une période limitée du xx/xx/xx au xx/xx/xx</p> <p>Cette offre s'applique sur toutes les affaires nouvelles (y compris en cas d'effet différé). Les affaires nouvelles de remplacement considérées comme un avenant ne sont pas concernées.</p>
Cible	Par produit (Part, TNS ou Pers Clé) et non par CSP.
Fonctionnement	<p>Application de la réduction sur le montant Hors taxe.</p> <p>La réduction en pourcentage s'applique sur la ou les 1ères cotisations du contrat à l'instar des mois gratuits et n'est pas lissée sur l'année (afin d'éviter une hausse de cotisation trop forte à l'échéance principale du contrat).</p> <p>En fonction des dates d'effet souhaitées (effet immédiat, différé ou mixte), la réduction en Euros s'appliquera selon les règles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet immédiat uniquement : application de la réduction sur les garanties à effet immédiat (donc sur toutes les garanties) ; ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet différé uniquement : application de la réduction sur les garanties à effet différé (donc sur toutes les garanties) ; ➤ En cas d'adhésion avec garanties à effet immédiat et différé (mixtes) : application de la réduction uniquement sur les garanties à effet immédiat. <p>En cas d'avenants enregistrés pendant la période de réduction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les avenants sans impact tarifaire ne remettent pas en cause l'opération commerciale - Les avenants avec impact tarifaire ne modifient ni l'opération commerciale (qui reste appliquée) ni le montant de réduction calculé et stocké à l'affaire nouvelle. Ainsi, la garantie rajoutée pendant la période de réduction ne bénéficiera pas de la réduction

ANNEXES

6.4.2.4 Synthèse des caractéristiques des opérations commerciales

	Mois gratuits	Réduction en euros	Réduction en pourcentage	Offre couplée
Récurrent	NON	NON	NON	OUI
Période limitée (O/N)	OUI	OUI	OUI	NON
Applicable	A toutes les AN	OUI	OUI	OUI
	Aux ajouts de garantie	NON	NON	NON*
	Aux ventes simultanées	OUI	OUI	OUI
	Aux ventes additionnelles	OUI	OUI	OUI

* L'offre couplée ne peut être appliquée au contrat qu'au moment de l'adhésion. Néanmoins, en cas d'ajout de garantie sur un contrat bénéficiant déjà de l'offre couplée, cette nouvelle garantie bénéficiera également de la réduction.

6.4.3 Liste des budgets commerciaux

Plusieurs types de budgets sont proposés

- à la main du commercial,
- cantonnés dans une certaine limite (gestion d'un taux maxi),
- tout au long de l'année, (pas de dates de validité),
- tant que l'enveloppe attribuée n'est pas épuisée, (nécessité d'un solde positif pour être confirmé):
 - en affaire nouvelle
 - sur un contrat en portefeuille.

Budgets possibles en affaire nouvelle :			AGT	AEC PS	CT	OM	AEC PAT
▪ Budget Affaire Nouvelle récurrent	max :25% TNS max :20% autres CSP	acquise sur toute la durée de vie du contrat.	x	x	x	x	-
▪ Budget Affaire Nouvelle non récurrent	max : 15% sur toutes les cibles	s'applique que sur la 1ère année de souscription - de la date d'effet du contrat à sa prochaine échéance principale	x	x	x	x	-
▪ Budget groupement	max : 15% sur toutes les cibles	tarif réduit un groupe d'assurés (5 minimum et 50 maximum) possédant un lien professionnel entre eux	x	X	x	x	-
▪ Budget groupement hors normes	max : 15% sur toutes les cibles	réduction fait suite à l'étude actuarielle du profil du groupe d'assurés	x	X	x	x	-
▪ Budget reprise portefeuille	max : 10% sur toutes les cibles	couvrir à un tarif identique pour une garantie équivalente un groupe d'assurés	x	X	x	x	-

ANNEXES

		placés antérieurement à la concurrence						
Budgets possibles sur le portefeuille :			x	-	x	x		-
▪ Budget défense portefeuille	max : 20% sur toutes les cibles	Réduction pour un assuré afin de limiter l'évolution de ses cotisations.	x	x	x	x		-

Modalités de calcul:

- Ils sont cumulables avec les opérations commerciales. (sauf budgets groupements)
- L'application du taux de réduction se réalise sur la prime annuelle hors risques aggravés, les surprimes liées aux risques aggravés (médicaux, professionnels ou sportifs) sont intégralement payées par le client
- Le commissionnement se fait sur l'assiette de prime annuelle diminuée du montant de budget

Les principes de fonctionnement :

La consommation des différents budgets possibles en affaire nouvelle n'est imputée qu'une seule fois à la souscription (y compris en cas de budgets récurrents).

Si la prime annuelle évolue par la suite pour avenant tarifaire (avenant d'augmentation de garanties, ...), elle donne lieu à une consommation budgétaire supplémentaire, c'est alors le budget portefeuille qui est imputé, selon le calcul suivant :

Consommé supplémentaire = budget appliqué en dernière situation - budget appliqué en situation précédente

L'enveloppe budgétaire défense portefeuille de l'apporteur sera :

- o débitée si l'avenant a pour conséquence une augmentation de la cotisation annuelle du contrat (exemples : cas d'augmentation de garantie, ...),
- o créditee si l'avenant a pour conséquence une diminution de la cotisation annuelle du contrat (exemples : diminution de garantie, ...).

Pour tous les types de budgets, l'apporteur a la possibilité, de minorer ou de majorer la cotisation :

- o s'il applique une réduction ⇒ son enveloppe budgétaire est débitée ⇒ le montant de son consommé est augmenté ⇒ son restant à consommer est donc réduit ;
- o s'il applique une majoration ⇒ son enveloppe budgétaire est créditee ⇒ le montant de son consommé est diminué ⇒ son restant à consommer est donc augmenté.

Les budgets appliqués en affaire nouvelle sont définitivement acquis au client : il n'est pas possible de les supprimer ou de les modifier a posteriori mais ils pourront être compensés ou complétés par un budget défense portefeuille en cours de vie du contrat.

A noter que l'offre n'est pas autorisée sur les professions médicales et paramédicales

ANNEXES

6.4.4 Synthèse des caractéristiques des différents budgets

	Budget AN récurrent	Budget AN non récurrent	Budget groupement	Budget groupement hors normes	Budget reprise portefeuille	Budget défense portefeuille
Récurrent	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
Contingenté	OUI	OUI	NON			OUI
Applicable - en affaire nouvelle - en cas d'avenant - à date anniversaire	X	X	X	X	X	X X
Taux maximal	25% TNS / 20% autres CSP	15%	15%	15%	10%	20%

Ordre d'application des budgets

Si plusieurs budgets sont appliqués simultanément, l'ordre d'application est le suivant :

1. budget groupement, groupement hors normes ou budget reprise de portefeuille (*),
2. budget affaire nouvelle récurrent,
3. budget affaire nouvelle non récurrent,
4. budget défense portefeuille.

(*) Les budgets groupement, groupement hors normes et reprise de portefeuille ne peuvent pas être appliqués en même temps et ne sont pas cumulables avec les autres budgets

Application des taux : Les taux sont appliqués selon le mode "multiplicatif".

6.4.5 Les règles de cumul des budgets

En cas de cumuls de budgets, un taux maximum de réduction/majoration ne peut pas être dépassé sur un même contrat :

Tableau récapitulatif des cumuls maximum de budgets :

		Cumul Maximum des Budgets						Budget portefeuille
		Budgets affaire nouvelle						
Produits	CSP	maxi AN récurrent	maxi AN non récurrent	maxi Groupement	maxi Groupement hors normes	maxi reprise portefeuille	maxi défense portefeuille	
Gamme Allianz	TNS (*)	25%	15%	15%	15%	10%	20%	
	autres	20%						

Remarques :

- Il n'est autorisé qu'un code firme en affaire nouvelle : budget Groupement, Groupement hors normes ou reprise portefeuille, ces 3 budgets ne sont pas cumulables ;

ANNEXES

- Si plusieurs budgets défense portefeuille ont été accordés successivement au cours de la vie du contrat, la somme des taux budgets défense portefeuille ne peut pas dépasser le maximum indiqué ci-dessus.

Les budgets appliqués en majoration et en minoration se compensent :

Par exemple :

- 1^{er} budget Défense portefeuille = 20% en réduction (donc taux = -20%)
 - 2nd budget Défense portefeuille = 5% en majoration (donc taux = +5%)
- Cumul = $-20\% + 5\% = -15\%$: OK par rapport à la limite de réduction maximale de -20% sur ce budget.

6.4.6 Le contrôle des budgets dans le parcours

En amont du devis, un affichage du consommé et du budget disponible est restitué au commercial.

En cas de budget disponible insuffisant : dans le cas standard d'une affaire nouvelle où il n'y a plus ou pas assez de budget, il y aura un blocage informatique de la souscription dans le parcours.

6.5 LE COMMISSIONNEMENT

- la commission est versée à l'encaissement de la cotisation

ANNEXES

PARTIE 7 - ANNEXES

7.1 LES DOCUMENTS CONTRACTUELS

Les Notice d'Informations sont disponibles à Marly selon les procédures habituelles de commande
Tous les documents sont disponibles depuis le parcours

Réf	Docs Hors Formalités médicales/non médicales	Devis	Souscription
-	Etude de besoins	X	X (actualisé)
-	Projet tarifaire	X	-
	Offre d'adhésion	X	-
	Document d'Information Normalisé	X	-
-	Acceptation de l'offre	-	X
-	Bulletin d'adhésion (CA)*	-	X
-	Mandat de prélèvement SEPA	-	X
COM 21112 COM21111	Notice d'information	X	X

* Documents émis par la gestion

7.2 LES FORMALITÉS MÉDICALES

Tous les documents sont disponibles depuis le parcours

Références	Docs Formalités médicales/non médicales
-	Formalités médicales
-	Questionnaire médical de santé (QMS)
-	Questionnaire Médical Interactif (QMI)
-	Questionnaire Etat de Santé (QES)
-	Visite Médicale
COM09286	Rapport médical
DIG19274	Rapport Médical cardio vasculaire
-	Questionnaire financier
PDFQ... (13réf.)	Questionnaires d'activité à risque (13 questionnaires)

7.3 DOCUMENTS COMMERCIAUX

Type de documents	Références
Dépliant/plaquette Allianz Prévoyance TNS	
Dépliant/plaquette Allianz Prévoyance	

7.4 INFORMATION ANNUELLE AU CLIENT

A compléter

HISTORIQUE DU DOCUMENT

Version		Auteur	Description
N°	Date de diffusion		
1		Malika Dilmi	Création du document

SOMMAIRE

Partie 1 - LA GAMME ALLIANZ PREVOYANCE.....	5
1.1 L'objet de la Gamme.....	5
1.2 Un contrat collectif à adhésion individuelle	6
1.3 Les réseaux de commercialisation	7
1.4 L'Etendue territoriale.....	8
Partie 2 - LES GARANTIES.....	9
2.1 Les garanties de la gamme Allianz Prevoyance	9
2.2 Les combinaisons des garanties	9
2.3 le montant de capitaux garantis.....	10
2.1 Le délai d'attente	10
2.2 Détails des garanties en cas de décès	12
2.3 Détail des garanties en cas d'incapacité	20
2.4 Détail des garanties en cas d'Invalidité.....	30
2.5 Illustration de mise en jeu des garanties	40
2.6 Les services associés	41
Partie 3 - LE CONTRAT.....	44
3.1 Les intervenants	44
3.2 La durée du contrat	44
3.3 Conditions de souscription.....	44
3.4 L'acceptation médicale	45
3.5 L'acceptation technique : risques aggravés.....	52
3.6 Les formalités financières	55
3.7 La fiscalité	55
3.8 La loi Evin.....	56
3.9 La loi Madelin.....	57
Partie 4 - ADHESION	58
4.1 La démarche commerciale	58
4.2 La prise d'effet du contrat et des garanties.....	63
4.1 Declaration des activités professionnelles	65
4.2 Déclaration des activités professionnelles à risque	66
4.3 Déclaration des Sports à risques	66
4.4 Les formalités médicales.....	67
4.5 l'EES	68
4.6 la cotisation.....	68
4.7 Les clauses bénéficiaires	71
4.8 Les justificatifs.....	71
4.1 Les niveaux de délégation.....	75

SOMMAIRE

Partie 5 - VIE DU CONTRAT	77
5.1 Le délai de renonciation.....	77
5.2 Les clauses	Erreur ! Signet non défini.
5.3 La date anniversaire du contrat.....	77
5.4 L'évolution des cotisations.....	77
5.5 Les impayés.....	78
5.1 Les avenants.....	78
5.2 les modalités d'indemnisation	87
Partie 6 - SPECIFICITES RESEAUX.....	90
6.1 L'abattement tarifaire	90
6.2 Le tarif special agent :	90
6.3 Réduction en cas de cumul des garanties IJMA et DCTC	90
6.4 Les offres promotionnelles	91
6.5 Le commissionnement.....	99
Partie 7 - ANNEXES.....	100
7.1 les documents contractuels	100
7.2 Documents commerciaux	100
7.3 Information annuelle au client.....	100