

Prévoyance

Allianz **Prévoyance** Travailleur Non Salarié

Visa DPP 13-224

Notice d'information

Avec vous de A à Z

Allianz 



Important :

Le contrat de l'assuré comporte :

- 1 la présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application, précise le fonctionnement du contrat ainsi que le contenu des garanties Assistance et Protection Juridique,
- 2 le **Bulletin d'adhésion** qui précise les garanties choisies, adapte les Dispositions Générales à la propre situation de l'assuré et fixe les règles particulières définies entre Allianz Vie et l'assuré,
- 3 les éventuels **avenants** ultérieurs.

La **Notice d'information** de votre adhésion est un document juridique essentiel.

Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants. Un lexique des définitions des principales notions de ce document est à votre disposition à la fin de celui-ci.



Assurance	7
1 – Présentation des contrats d'assurance de groupe	7
1.1 Objet du Contrat	7
1.2 Cadre fiscal	7
1.3 Les intervenants au(x) contrat(s)	7
1.3.1 L'assureur	7
1.3.2 Le souscripteur	8
1.3.3 L'adhérent/assuré	8
1.3.4 Le(s) bénéficiaire(s)	8
1.3.4.1 En cas de décès	8
1.3.4.2 En cas de PTIA	9
1.3.4.3 En cas d'Invalidité, d'Incapacité, de survenance d'une Maladie Redoutée et d'Hospitalisation	9
2 – Conditions d'admission	9
2.1 L'adhérent/assuré	9
2.2 Résidence	9
2.3 Territorialité des garanties	9
3 – Adhésion au Contrat	10
3.1 Documents à l'adhésion	10
3.2 Durée de l'adhésion	10
3.3 Prise d'effet des garanties	10
4 – Les engagements de l'Assureur	10
4.1 Garantie immédiate en cas de décès par accident	10
4.2 Revalorisation du montant de la rente en cours de règlement	11
5 – Les garanties	11
5.1 Garantie Décès Toutes Causes	12
5.2 Garantie Décès Accident	12
5.3 Garantie Rente de Conjoint	12
5.4 Garantie Rente Éducation	13
5.5 Garantie Double Effet Familial	13
5.6 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	14
5.6.1 PTIA Décès Toutes Causes et Décès Accident	15
5.6.2 PTIA Rente Conjoint et Rente Éducation	15
5.7 Garantie Capital Maladies Redoutées	15
5.8 Garantie Incapacité Temporaire Totale	16
5.8.1 Incapacité Temporaire Totale suite à accident	16
5.8.2 Incapacité Temporaire Totale suite à accident ou maladie	17
5.9 Garantie Exonération des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale	19
5.10 Garantie Hospitalisation	19
5.11 L'Invalidité : reconnaissance et évaluation	19
5.11.1 Garantie Rente d'Invalidité en cas d'accident	20
5.11.2 Garantie Rente d'Invalidité en cas de maladie ou d'accident	21
5.11.3 Garantie Capital Invalidité en cas d'accident	22
5.11.4 Garantie Capital Invalidité en cas de maladie ou d'accident	23
5.12 Garantie Exonération des cotisations en cas d'Invalidité	23
5.13 Option Dos et Psy	24
5.14 Risques exclus	24
5.14.1 Exclusions pour toutes les garanties et options (sauf Maladies redoutées) des conséquences :	24
5.14.2 Exclusions spécifiques	24



5.14.3	Sports à risque pratiqués en tant qu'amateur ou amateur rémunéré	25
5.14.4	Sports pratiqués à titre professionnel	26
6	– Les engagements de l'assuré	26
6.1	Conséquences d'une fausse déclaration	26
6.2	Modifications en cours d'adhésion	26
6.2.1	Modification des garanties	26
6.2.2	Modification des données relatives à l'adhérent ou à l'assuré	26
6.3	Déclaration de sinistre	27
6.4	Pièces justificatives	27
6.4.1	En cas de Décès	27
6.4.2	En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	27
6.4.3	Pour la Rente Conjoint	27
6.4.4	Pour la Rente Éducation	27
6.4.5	Pour le Double Effet Familial	28
6.4.6	Pour les garanties en cas d'Invalidité	28
6.4.7	Pour les garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale	28
6.4.8	En cas de Maladies Redoutées	28
6.4.9	En cas d'hospitalisation	28
6.5	Contrôle médical - Arbitrage	28
6.5.1	Contrôle	28
6.5.2	Arbitrage	29
7	– Les cotisations	29
7.1	Calcul des cotisations d'assurance	29
7.2	Indexation	29
7.3	Versement des cotisations	29
7.4	Non-paiement des cotisations d'assurance	30
7.5	Cessation/Résiliation de l'adhésion	30
8	– Les dispositions légales	30
8.1	Informatique et Libertés	30
8.2	Faculté de renonciation	31
8.3	Réclamation	31
8.4	Prescription	31
8.5	Subrogation	32
8.6	Lutte contre le blanchiment	33
8.7	Autorité de contrôle et règles régissant le Contrat	33
8.8	Participation aux bénéfices techniques et financiers	33
9	– Annexe - Lexique	34
	Protection Juridique	37
10	– Définitions	37
11	– Garanties	37
11.1	Information juridique par téléphone, en prévention de tout litige	37
11.2	Protection juridique, en présence de litige	38
11.2.1	Prestations	38
11.2.2	Les principaux domaines d'intervention	38
11.3	Exclusions spécifiques	38



12 – Les modalités d’application des garanties	39
12.1 Délai de carence	39
12.2 Ce que le bénéficiaire doit faire	39
12.3 Ce que le bénéficiaire ne doit pas faire	39
13 – L’étendue géographique et dans le temps des garanties	40
13.1 Étendue géographique des garanties	40
13.2 Étendue dans le temps des garanties	40
14 – Les modalités de prise en charge	40
14.1 Ce qui est pris en charge, dans la limite des montants garantis	40
14.1.1 Frais et honoraires d’avocat	40
14.1.2 Plafonds et seuil minimal d’intervention	41
14.2 Ce qui n’est pas pris en charge	41
15 – La subrogation	42
16 – Que faire en cas de désaccord entre le bénéficiaire et l’assureur ?	42
17 – Que faire en cas de conflit d’intérêts ?	42
18 – L’examen des réclamations	42
Convention d’Assistance	43
19 – Dispositions générales	43
20 – Définitions	43
21 – Mise en œuvre des prestations	44
22 – Les prestations	44
22.1 Conditions d’exécution des prestations	44
22.2 Description des prestations	44
22.2.1 Informations juridiques et pratiques	44
22.2.1.1 Informations juridiques	44
22.2.1.2 Vie pratique	46
22.2.2 Accompagnement psychologique	46
22.2.3 Prestations à domicile	47
22.2.3.1 Transport	47
22.2.3.2 Aide à Domicile	47
22.2.3.3 Fermeture du Domicile quitté en urgence	47
22.2.3.4 Préparation du retour au Domicile	47
22.2.3.5 Déplacement d’un Proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé	48
22.2.3.6 Transfert du Bénéficiaire au domicile d’un proche	48
22.2.3.7 Transfert des enfants, petits enfants, de moins de 16 ans, fiscalement à charge et/ou des Ascendants dépendants, au domicile d’un proche	48
22.2.3.8 Garde au Domicile, des enfants et/ou petits enfants, de moins de 16 ans, fiscalement à charge	48
22.2.3.9 Conduite à l’école et/ou aux activités extra scolaires des enfants de moins de 16 ans fiscalement à charge	48
22.2.3.10 Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants	48
22.2.3.11 Portage de repas à la sortie de l’Hospitalisation	48
22.2.3.12 Garde au Domicile de l’enfant de moins de 16 ans, fiscalement à charge, malade ou convalescent, suite à une Hospitalisation	49
22.2.3.13 Assistance aux animaux de compagnie (chiens et chats, à l’exclusion de tout autre animal)	49
22.2.3.14 Livraison de courses	49
23 – Responsabilité	49
24 – Conditions d’application	49
24.1 Conditions applicables à certaines prestations	50
24.1.1 Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique	50
24.1.2 Conditions applicables aux services d’assistance à la personne au Domicile	50



25 – Exclusions générales	51
26 – Modalités d'examen des réclamations	52
27 – Loi Informatique et Libertés	52
28 – Autorité de contrôle	52
29 – Loi applicable – langue utilisée	52



Assurance

1 – Présentation des contrats d'assurance de groupe

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

- auprès d'**Allianz Vie** Société anonyme dont le siège social est sis **87, rue de Richelieu, 75002 Paris** – dénommée « l'Assureur »,
- par l'**Association Nationale de Complément de Retraite et d'Épargne (ANCRE)** association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901, **48 rue de Provence, 75009 Paris**, dénommée « l'Association Contractante », au profit de ses adhérents.

Le Contrat d'assurance de groupe 010-2014-001 est souscrit dans le cadre du dispositif exclusivement réservé aux Travailleurs Non Salariés non Agricoles (article L. 144-1 du Code des assurances) ci-après dénommée dite « Loi Madelin ».

Le Contrat est régi par le droit français et est réservé aux seuls membres de l'Association Contractante à jour de leur cotisation annuelle à l'association.

Le Contrat d'assurance de groupe prend effet le 30 juin 2014 et dure jusqu'au 31 décembre 2014. Il se renouvelle ensuite annuellement, chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction. Le Contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par l'Assureur ou l'Association Contractante moyennant un **préavis de 6 mois**.

- En cas de **modification du Contrat** portant sur les droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit en application de l'article L. 141-4 du Code des assurances, par l'Association Contractante dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Suite à ces modifications, les adhérents qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.
- En cas de **résiliation du Contrat**, les adhérents en seront informés moyennant un préavis de 3 mois et continueront à bénéficier des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de leur adhésion, moyennant le paiement des cotisations d'assurance et associative. La gestion des adhésions en cours se poursuivra chez l'Assureur.

Les caractéristiques et le fonctionnement du Contrat sont définis dans la présente Notice d'information.

1.1 Objet du Contrat

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

1.2 Cadre fiscal

Pour un travailleur indépendant, artisan, commerçant ou profession libérale, qui souhaite bénéficier de la déductibilité fiscale dans le cadre du dispositif réservé aux Travailleurs Non Salariés non agricoles (article L. 144-1 du Code des assurances), dite « Loi Madelin », la souscription intervient dans le cadre d'une adhésion au Contrat d'assurance de groupe n° 010-2014-001 conclu entre Allianz Vie et l'association ANCRE.

Dans ce cadre l'adhérent doit être à jour du paiement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

En dehors de ce cadre juridique de la Loi « Madelin », l'adhésion se fait dans le cadre du Contrat d'assurance de groupe n° 010-2014-002 (Contrat non Madelin).

Si, en cours d'adhésion, l'adhérent change de statut de **Travailleur Non Salarié non agricole** à **Travailleur Salarié** :

Un délai de 2 mois à compter de la date de connaissance de la perte du statut de Travailleur Non Salarié est accordé au client ayant perdu son statut. Durant ce délai, un autre contrat Allianz pourra lui être proposé et l'ensemble de ses garanties reste maintenu mais dans le cadre fiscal « non Madelin » uniquement. Passé ce délai, l'adhésion au Contrat d'assurance de groupe n° 010-2014-001 ne pouvant être maintenue sera résiliée.

1.3 Les intervenants au(x) contrat(s)

1.3.1 L'assureur

L'Assureur Allianz Vie est la société d'assurances qui accorde les garanties.



1.3.2 Le souscripteur

Le souscripteur du Contrat est l'ANCRE, l'Association Contractante, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. En tant que telle, elle représente ses membres qui adhèrent au Contrat auprès de l'Assureur.

L'ANCRE a pour objet :

- de susciter et de développer, parmi ses adhérents, le sens de l'épargne et de la prévoyance, et plus généralement de toutes les formes de garanties des risques de la vie,
- d'étudier les diverses possibilités de constitution volontaire de régimes de complément de retraite, de régimes d'épargne ou de prévoyance,
- de permettre la mise en œuvre de ces régimes notamment en souscrivant à l'intention de ses adhérents les contrats de capitalisation ou les contrats d'assurance de groupe correspondants,
- de représenter ses adhérents dans le cadre des contrats d'assurance de groupe qu'elle a souscrits et de défendre leurs intérêts auprès de tout organisme intervenant et des pouvoirs publics,
- d'informer ses adhérents de l'évolution de ces divers régimes,
- de participer à toute action, association, fondation ayant un objet en rapport avec celui de l'association.

1.3.3 L'adhérent/assuré

L'adhérent au Contrat est la personne physique, obligatoirement adhérente à l'Association Contractante, qui signe la Demande d'adhésion et accepte les clauses proposées par l'Assureur.

L'assuré est la personne dont le décès, l'invalidité, l'incapacité, la maladie redoutée ou l'hospitalisation suite à une maladie ou un accident déclenche le règlement des prestations garanties en vigueur lors de la survenance de cet événement.

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

1.3.4 Le(s) bénéficiaire(s)

1.3.4.1 En cas de décès

Modalités de désignation et de modification du(des) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré

- Garantie Décès Toutes Causes et garantie Décès Accident

L'adhérent désigne le(s) bénéficiaire(s) lors de l'adhésion du Contrat. Sauf mention contraire sur la Demande d'adhésion, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré est (sont) le conjoint non séparé de corps, à défaut ses enfants nés ou à naître par égales parts entre eux, la part d'un prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants les survivants desdits enfants, à défaut les héritiers de l'assuré.

La clause bénéficiaire peut faire l'objet notamment d'un acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel) ou d'un acte authentique (acte qui fait intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple). Ces modalités de désignation peuvent permettre à l'assuré de préserver la confidentialité de sa clause. Le conseiller se tient à disposition de l'assuré pour lui apporter les précisions nécessaires.

Lorsque l'adhérent désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), il doit indiquer dans la clause leurs noms, prénoms, dates et lieux de naissance, noms de jeune fille, le cas échéant, et coordonnées. Ces informations utilisées par l'Assureur en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du (des) bénéficiaire(s).

À tout moment, si la clause bénéficiaire n'est plus appropriée, l'adhérent a la faculté de la modifier par voie d'avenant. Cependant, en cas d'acceptation, telle que visée ci-après, du bénéfice de la garantie du Contrat par le bénéficiaire, cette désignation devient irrévocable (**sauf cas de révocation du bénéficiaire légalement permise**).

Modalités d'acceptation de la désignation

Du vivant de l'adhérent : au terme du délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article « Faculté de renonciation » du présent document, l'acceptation du bénéfice du Contrat à titre gratuit s'effectue par écrit selon les modalités décrites à l'article L. 132-9 du Code des assurances :

- soit par un avenant signé par l'adhérent, le bénéficiaire et l'Assureur,
- soit par un acte sous seing privé signé par l'adhérent et le bénéficiaire, et notifié à l'Assureur.

- Garantie Rente de Conjoint

Le bénéficiaire de la garantie **Rente de Conjoint** est la personne désignée par l'adhérent pour percevoir les prestations relatives à cette garantie et mentionnée sur le Bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, sur le dernier avenant relatif à cette garantie en vigueur à la date du décès de l'assuré.



- **Garantie Rente Éducation**

Le(s) bénéficiaire(s) de la **Rente Éducation** est(ont) l'(les) enfant(s) désigné(s) par l'adhérent pour percevoir les prestations relatives à cette garantie et mentionnés sur le Bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, sur le dernier avenant à cette garantie en vigueur à la date du décès de l'assuré.

- **Garantie Double Effet Familial**

Le bénéficiaire de la garantie **Double Effet Familial** est la personne mentionnée sur le Bulletin d'adhésion au titre de cette garantie ou, le cas échéant, sur le dernier avenant à cette garantie en vigueur à la date du décès de l'assuré.

1.3.4.2 En cas de PTIA

Le bénéficiaire en cas de PTIA :

- au titre de la garantie Décès Toutes Causes ou Décès Accident : l'assuré,
- au titre de la garantie Rente de Conjoint : le bénéficiaire désigné par l'adhérent en cas de décès pour la garantie Rente de Conjoint,
- au titre de la garantie Rente Éducation : les bénéficiaires désignés par l'adhérent en cas de décès, pour la garantie Rente Éducation.

1.3.4.3 En cas d'Invalidité, d'Incapacité, de survenance d'une Maladie Redoutée et d'Hospitalisation

Le bénéficiaire des garanties est l'assuré.

2 – Conditions d'admission

2.1 L'adhérent/assuré

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.

2.2 Résidence

Sont admissibles à l'assurance les personnes physiques dont la résidence principale se situe en France métropolitaine, en Outre-mer⁽¹⁾ ou dans la principauté de Monaco.

2.3 Territorialité des garanties

Voyages et séjours à l'étranger

- **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⁽¹⁾) 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. À 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 ».

À défaut de documents spécifiques visés ci-avant 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-mer⁽¹⁾ 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.

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



3 – Adhésion au Contrat

3.1 Documents à l'adhésion

- La Demande d'adhésion, signée par l'adhérent, accompagnée d'un mandat SEPA et coordonnées bancaires (RIB ou RICE),
- la présente Notice d'information, incluant la Protection Juridique et la Convention d'Assistance,
- la déclaration d'état de santé signée par l'assuré au moment de l'adhésion, à défaut, si elle ne peut être signée, le questionnaire d'état de santé, rempli et signé, et autres documents à partir desquels la Demande d'adhésion est étudiée avant d'être acceptée par l'Assureur.

L'Assureur peut accepter l'adhésion à des conditions particulières de garantie et/ou de tarif ou la refuser. Ces conditions sont notifiées par écrit à l'adhérent qui donne son accord sur celles-ci, en retournant **signée la notification, dans un délai maximal de 60 jours suivant leur date d'envoi.**

À défaut de réception par l'Assureur de l'accord écrit dans ce délai :

- si l'adhésion est acceptée par l'Assureur sans conditions particulières, ce dernier envoie une lettre recommandée avec avis de réception signifiant que le Contrat est conclu,
- si l'adhésion est acceptée par l'Assureur **sous conditions particulières d'exclusions, d'application d'un risque aggravé, l'adhésion est réputée refusée** et la cotisation versée initialement est remboursée.

Les frais occasionnés par les formalités médicales, qu'il s'agisse des formalités contractuelles (formalités médicales demandées par l'Assureur et remises à la personne à assurer lors de la Demande d'adhésion) ou d'éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'Assureur, sont à la charge de la personne à assurer. Si cette personne adhère au Contrat, ces frais médicaux lui seront remboursés.

3.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion au Contrat est conclue pour une durée d'un an à partir de la date indiquée dans le Bulletin d'adhésion et qui est l'échéance principale de l'adhésion.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction à l'échéance principale pour une durée d'un an sauf en cas de résiliation à l'échéance principale dans les conditions prévues à l'article « Cessation de l'adhésion » ou au terme de toutes les garanties souscrites.

3.3 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le Bulletin d'adhésion, sous réserve que l'adhérent ait réglé la première cotisation.

Toutefois, il est possible d'avoir une date d'effet différé pour tout ou partie des garanties. L'éventuelle date d'effet différé est indiquée sur le Bulletin d'adhésion.

4 – Les engagements de l'Assureur

L'ensemble des garanties décrites, si elles ont été souscrites et acceptées par Allianz Vie, ne pourront donner lieu au versement des prestations prévues que si le décès, l'incapacité ou l'invalidité intervient en cours d'adhésion et, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint :

- 76 ans pour les garanties en cas de décès/perte totale et irréversible d'autonomie,
- 67 ans pour les garanties en cas, d'invalidité ou d'incapacité.

4.1 Garantie immédiate en cas de décès par accident

Si l'adhérent a choisi au moins une garantie en cas de décès, une garantie en cas de décès par accident est acquise pendant une période maximum de soixante jours à compter de la date de signature de la Demande d'adhésion.

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

- d'une maladie,
- d'un accident survenu avant la date de signature de la Demande d'adhésion.

Cette garantie est fixée au montant du capital décès souscrit, dans la limite de 150 000 €.



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

La garantie immédiate en cas de décès par accident cesse :

- Lorsque l'adhérent ne répond pas dans un délai de 15 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de demande d'informations complémentaires de l'assureur.
- Au jour du refus par l'assureur d'accorder sa garantie.
- Au jour du refus par l'adhérent d'accepter les conditions d'adhésion.
- À la date de conclusion de l'adhésion, matérialisée par l'édition du Bulletin d'adhésion.
- Au plus tard, 60 jours après la signature de la Demande d'adhésion.

Cette garantie ne s'applique que si la(les) garantie(s) en cas de décès souscrite(s) est (sont) à effet immédiat.

4.2 Revalorisation du montant de la rente en cours de règlement

Les dispositions ci-dessous s'appliquent aux rentes viagères en cas de décès avec ou sans réversion (capital décès versé sous forme de rente, rente de conjoint) ainsi qu'aux rentes d'éducation et d'invalidité.

Conformément aux dispositions du Code des assurances, un compte de revalorisation est établi chaque année pour l'ensemble des rentes issues de la prévoyance (hors contrats collectifs souscrits par des entreprises) versées par Allianz Vie. Au vu du solde de ce compte comportant les résultats techniques et financiers de l'exercice, le taux de revalorisation desdites rentes est fixé par Allianz Vie. Il est porté à la connaissance de l'ANCRE.

Chaque année, le montant de la rente est augmenté par application de ce taux de revalorisation.

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

5 – Les garanties

Le tableau ci-dessous met en évidence les combinaisons de garanties et d'options que l'adhérent peut choisir au moment de son adhésion :

Garantie en cas de	Garanties proposées	Remarques
Décès	Décès Toutes Causes	La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est automatiquement associée
	Décès Accident	
	Rente de Conjoint	
	Rente Éducation	
	Double Effet Familial	Cette garantie ne peut être souscrite qu'avec les garanties Décès Toutes Causes ou/et Décès Accident
Incapacité	Incapacité Temporaire Totale suite à accident	La garantie Exonération des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale est automatiquement associée
	Incapacité Temporaire Totale suite à maladie ou accident (avec ou sans option Dos et Psy)	
	Hospitalisation	Cette garantie ne peut être souscrite seule
	Capital Maladies Redoutées	
Invalidité	Rente d'Invalidité en cas d'accident	Cette garantie ne peut être souscrite qu'avec la garantie Incapacité Temporaire Totale suite à accident de durée 1095 jours. La garantie Exonération des cotisations en cas d'Invalidité est automatiquement associée
	Rente d'Invalidité en cas de maladie ou d'accident (avec ou sans option Dos et Psy)	Cette garantie ne peut être souscrite qu'avec la garantie Incapacité Temporaire Totale suite à une maladie ou un accident de durée 1095 jours. La garantie Exonération des cotisations en cas d'Invalidité est automatiquement associée
	Capital Invalidité en cas d'accident	La garantie exonération des cotisations en cas d'invalidité est automatiquement associée
	Capital Invalidité en cas de maladie ou d'accident	



5.1 Garantie Décès Toutes Causes

Cette garantie peut être souscrite de 18 à 74 ans inclus.
Elle cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 76 ans.

En cas de décès de l'assuré en cours d'adhésion par suite de maladie ou d'accident, l'Assureur s'engage à payer au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), la prestation garantie :

- dans le cadre de la fiscalité dite « Madelin », **sous forme de rente viagère**,
- dans le cadre hors Madelin, le capital garanti indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur. Le capital souscrit doit être de 15 000 € minimum.

Une garantie Protection juridique est associée à la garantie Décès Toutes Causes. Elle est décrite au chapitre « Protection Juridique » à la fin de la présente Notice.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.2 Garantie Décès Accident

Cette garantie peut être souscrite de 18 à 74 ans inclus.
Elle cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 76 ans.

En cas de décès de l'assuré en cours d'adhésion par suite **d'accident**, l'Assureur s'engage à verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital garanti indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur, le capital souscrit étant de 15 000 € minimum.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.3 Garantie Rente de Conjoint

Cette garantie peut être souscrite de 18 à 74 ans inclus.
Elle cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 76 ans.

Lors du décès de l'assuré suite à une maladie ou un accident, survenu en cours d'adhésion, l'Assureur s'engage à verser une rente viagère au bénéficiaire tel que défini au paragraphe « Bénéficiaires - Garantie Rente de Conjoint ».

Le montant de la rente ne peut pas excéder 50 000 € par an et doit s'élever, au minimum, à 1 800 € par an.

Modalités de règlement de la rente

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

La rente est payable de manière mensuelle à terme échu et jusqu'à l'échéance qui suit le décès du conjoint bénéficiaire. La rente est automatiquement viagère. Néanmoins, au moment du décès de l'assuré, la transformation en rente temporaire sera possible, le montant de la rente sera alors recalculé en conséquence. Le versement de la rente cesse de manière définitive au décès du bénéficiaire.

En cours de règlement de la rente, et afin qu'Allianz Vie puisse s'assurer que le bénéficiaire est toujours en vie, chaque année, celui-ci devra adresser un document d'état civil au Centre de Service Clients d'Allianz Vie.

Modification de la garantie

L'assuré doit informer l'Assureur dans les meilleurs délais de tout événement pouvant avoir des conséquences sur la mise en jeu de cette garantie (exemple : divorce ou décès du bénéficiaire).

Les cotisations versées antérieurement à la réception de cette information par le Centre de Service Clients d'Allianz Vie ne seront pas remboursées.



Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.4 Garantie Rente Éducation

Cette garantie peut être souscrite de 18 à 74 ans inclus.
Elle cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 76 ans.

L'Assureur s'engage à verser une rente temporaire à chaque enfant bénéficiaire désigné par l'assuré et répondant aux critères définis ci-après, et ce lors du décès de l'assuré, suite à une maladie ou un accident, survenu en cours d'adhésion, et au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint 76 ans.

Le montant de rente attribué à chaque enfant bénéficiaire est indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant relatif à la garantie de chaque enfant, en vigueur à la date du décès de l'assuré.

Au choix de l'assuré, chaque enfant bénéficiaire peut disposer de montants de rente différents pour 3 tranches d'âge différentes afin de couvrir les frais spécifiques à certains âges.

Les montants de rente ne peuvent pas excéder 50 000 € par enfant et par an et doivent s'élever, au minimum, à 900 € par enfant et par an.

Modalités de règlement de la rente

La rente est payable mensuellement, à terme échu. Elle est non réversible.

Le versement de la rente cesse de manière définitive :

- au cours du mois d'anniversaire des 18 ans du bénéficiaire et, au plus tard, au mois d'anniversaire des 26 ans du bénéficiaire si celui-ci poursuit ses études,
- si l'enfant bénéficiaire de plus de 18 ans ne fournit pas de certificat de scolarité dans les 2 mois suivant le début de chaque année d'études,
- au décès de l'enfant bénéficiaire.

Aucune prestation ne sera réglée au(x) bénéficiaire(s) ne répondant pas aux critères précisés ci-dessus.

En cours de règlement de la rente, et afin que l'Assureur puisse s'assurer que le bénéficiaire est toujours en vie, celui-ci devra adresser un document d'état civil, **chaque année**, au Centre de Service Clients d'Allianz Vie.

Le bénéficiaire de plus de 18 ans devra également fournir annuellement, au Centre de Service Clients d'Allianz Vie, un certificat de scolarité.

Modification de la garantie

En cas d'arrivée d'un nouvel enfant, il appartient à l'assuré d'en informer l'Assureur qui lui proposera une nouvelle garantie Rente Éducation afin que ce dernier enfant en bénéficie.

L'assuré doit informer l'Assureur dans les meilleurs délais de tout événement pouvant avoir des conséquences sur la mise en jeu de cette garantie (exemples : fin des études d'un enfant bénéficiaire de plus de 18 ans, décès de l'enfant bénéficiaire...).

Les cotisations versées antérieurement à la réception de ces informations par le Centre de Service Clients d'Allianz Vie ne seront pas remboursées.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.5 Garantie Double Effet Familial

Cette garantie peut être souscrite de 18 à 74 ans inclus.
Elle cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 76 ans.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie Décès Toutes Causes ou Décès Accident.



Au décès de l'assuré : un contrat est établi au nom du bénéficiaire tel que défini au paragraphe « Les bénéficiaires » et lui confère une garantie Décès Toutes Causes (sans garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans ce cas), sans qu'aucune cotisation ne soit exigée.

Le montant du capital garanti est identique à celui versé au décès de l'assuré.

Si les garanties Décès Toutes Causes et Décès Accident sont simultanément retenues par l'assuré avec la garantie Double Effet Familial, c'est le montant du capital versé au titre de la garantie Décès Toutes Causes qui sera prévu pour la garantie Double Effet Familial.

La mise en œuvre de la garantie Double Effet Familial est subordonnée :

- au versement de l'intégralité du capital décès prévu au titre de la garantie Décès Toutes Causes et/ou garantie Décès Accident au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) pour ces garanties,
- à l'existence d'enfants âgés de moins de 26 ans à la charge du bénéficiaire de la garantie Double Effet Familial et/ou de l'assuré, au jour du décès de l'assuré.

La garantie cesse dès lors qu'il n'existe plus d'enfants à charge tel que défini ci-dessous, et au plus tard, la veille du jour où le bénéficiaire de l'assuré atteint son 76^e anniversaire.

L'enfant de moins de 26 ans est considéré comme « à charge » :

- s'il est rattaché au foyer fiscal de l'assuré ou du bénéficiaire de la garantie Double Effet Familial,
- ou
- si l'assuré ou le bénéficiaire de la garantie Double Effet Familial lui verse une pension alimentaire déclarée au titre de son imposition sur les revenus.

Chaque année, le bénéficiaire devra justifier auprès de l'Assureur que les enfants âgés de moins de 26 ans, à sa charge ou celle de l'Assuré au jour du décès de ce dernier, demeurent ou sont à sa charge dans les conditions définies ci-dessus.

La garantie cesse de manière définitive :

- lorsque les enfants de moins de 26 ans à la charge du bénéficiaire ou de l'assuré au jour de son décès ne sont plus à la charge du bénéficiaire,
- si le bénéficiaire ne fournit pas le justificatif que le(s) enfant(s) précité(s) est(ont) ou demeure(nt) à sa charge,
- au plus tard la veille du jour où le bénéficiaire atteint son 76^e anniversaire.

Au décès du bénéficiaire de la garantie Double Effet Familial, le capital garanti est versé aux enfants qui étaient âgés de moins de 26 ans à sa charge et/ou à la charge de l'assuré, au jour du décès de l'assuré, et qui, sont âgés de moins de 26 ans et restent à sa charge, au jour de son décès, par parts égales entre eux.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.6 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

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

- Décès Toutes Causes
- Décès Accident
- Rente de Conjoint
- Rente Éducation

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'assuré qui, avant son 76^e anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (se déplacer, s'habiller, manger, se laver).

Une invalidité est considérée comme Totale lorsque le taux d'invalidité fonctionnelle est d'au moins 66 % par suite d'accident ou de maladie. Le taux d'invalidité est déterminé par le médecin-conseil d'Allianz Vie d'après le « barème indicatif des taux d'incapacités en droit commun » publié par le Concours Médical (édition la plus récente au jour de l'expertise).

L'assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin expert désigné par l'assureur, sans que cette date puisse être antérieure de plus de 6 mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de la garantie.



Délai d'attente

Aucun

La mise en jeu de cette garantie met fin au Contrat.

5.6.1 PTIA Décès Toutes Causes et Décès Accident

L'Assureur s'engage à régler, par anticipation, le capital prévu en cas de décès si, par suite de maladie ou d'accident survenu en cours d'adhésion, l'assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et ce, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 76 ans.

Fiscalité

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.6.2 PTIA Rente Conjoint et Rente Éducation

L'Assureur s'engage à verser, par anticipation, les rentes prévues en cas de décès si, par suite de maladie ou d'accident survenu en cours d'adhésion, l'assuré est reconnu en état de perte totale et irréversible d'autonomie et ce, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 76 ans.

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.7 Garantie Capital Maladies Redoutées

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

Elle cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 67 ans.

Cette garantie a pour but de verser à l'assuré un capital dont le montant est indiqué dans le Bulletin d'adhésion, en cas de survenue d'une maladie redoutée.

Ce capital souscrit doit être d'un montant compris entre 7 500 € minimum et 125 000 € maximum.

En cas de sinistre, le capital est versé immédiatement à l'assuré.

La mise en jeu de cette garantie :

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

Les maladies garanties sont les suivantes :

- Cancers : Tumeurs malignes (y compris les mélanomes), à partir du stade II de la classification de TNM ou de Figo, **à l'exception des cancers de la peau spinocellulaires et basocellulaires ;**
- Leucémies y compris la leucémie myéloïde chronique, **à l'exception de la leucémie lymphoïde chronique, des autres syndromes myéloprolifératifs et des syndromes myélodysplasiques ;**
- Lymphomes Hodgkiniens ou non Hodgkiniens de stade III et IV uniquement ;
- Accidents vasculaires cérébraux avec séquelles neurologiques : hémiplégie, paraplégie, tétraplégie, persistantes au-delà de 365 jours. **Si l'état est stabilisé avant 365 jours sur le plan moteur, la maladie pourra être reconnue à partir de 8 mois. À l'exception des accidents ischémiques transitoires et des syndromes vertébraux « basilaires » ;**
- Insuffisances rénales terminales traitées par hémodialyse, dialyse péritonéale ou par transplantation ;
- Maladie de Parkinson avec tous les éléments du syndrome Parkinsonien, **à l'exception des syndromes de Parkinson consécutifs à l'administration de médicaments (dits « iatrogènes ») ;**
- Infarctus du Myocarde avec altération de la fonction du ventricule gauche (FEVG : Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche < 40 %) ;
- Maladie d'Alzheimer, diagnostiquée par un neurologue, avec le résultat à un test MMS (Mini Mental Score) inférieur ou égal à 20 ;
- Greffes d'organes principaux : rein, cœur, foie, poumons, moelle osseuse par hétérogreffe (c'est-à-dire prélevée chez un autre individu) ;
- Sclérose en plaques avec un score EDSS supérieur ou égal à 5.

La garantie se déclenche dès lors que la maladie garantie est diagnostiquée pour la première fois en cours d'adhésion. L'Assureur pourra procéder au contrôle médical et, le cas échéant, à l'arbitrage prévus au chapitre « Contrôle médical – Arbitrage ».



Délai d'attente

6 mois, quelles que soient les pathologies.

Fiscalité

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.8 Garantie Incapacité Temporaire Totale

Une personne est considérée en état d'incapacité temporaire totale lorsque, temporairement, elle ne peut plus exercer aucune activité professionnelle, même partiellement, ni à son lieu de travail, ni à son domicile et qu'elle ne peut ni surveiller ni donner de directives ou recommandations.

5.8.1 Incapacité Temporaire Totale suite à accident

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

Elle cesse ainsi que ses prestations, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 67 ans.

Seules les personnes qui justifient de l'exercice effectif d'une activité professionnelle réelle et rémunérée, peuvent souscrire à cette garantie et la conserver. Elle cesse à l'arrêt définitif de toute activité professionnelle réelle et rémunérée.

Cette garantie prévoit le versement d'indemnités journalières forfaitaires de **15 € minimum** lorsque l'état de santé de l'assuré relève de l'incapacité temporaire totale de travail à la suite d'un accident. Le montant de l'indemnité journalière n'est pas plafonné mais est déterminé en fonction des justificatifs de revenus à fournir à l'adhésion.

Elle n'intervient pas en complément du régime obligatoire dont relève l'adhérent.

La prise en charge intervient à l'expiration du délai de franchise indiqué dans le Bulletin d'adhésion, et tant que l'incapacité temporaire totale de travail est médicalement justifiée et reconnue par l'Assureur. La prise en charge correspond au nombre de jours d'incapacité temporaire totale de travail diminués du nombre de jours de franchise. **La durée maximum de prise en charge par l'Assureur est de 365 ou 1095 jours consécutifs (choix irréversible à l'adhésion)** au titre de la même incapacité temporaire totale de travail.

Abrogation de franchise

En cas d'hospitalisation d'au moins 2 nuits consécutives, la franchise est abrogée, si et seulement si cette franchise est inférieure à 30 jours. Dans ce cas, l'assuré est indemnisé au premier jour d'hospitalisation.

Pour bénéficier des prestations, l'assuré doit, à la date de l'incapacité temporaire totale de travail :

- être couvert au titre de cette garantie,
- exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ou être conjoint collaborateur d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale et apporter une collaboration effective et régulière à l'adhérent dans le cadre de son activité professionnelle,
- ou avoir fait l'objet d'une liquidation judiciaire depuis moins de 1095 jours (à partir de la date de jugement prononçant la liquidation judiciaire).

Ainsi, si l'assuré est au jour du sinistre (premier jour de l'arrêt de travail) au chômage, à la retraite ou en cessation d'activité professionnelle, il ne pourra pas prétendre à cette garantie et les cotisations versées seront remboursées pour la période non couverte qui n'excédera néanmoins pas 60 jours.

Incapacité Temporaire Partielle

Si l'assuré a cumulé une période de 90 jours d'arrêt de travail consécutifs minimum, en cas de reprise à temps partiel et après accord du médecin de l'Assureur lors d'une contre-visite, il peut percevoir une demi-indemnité journalière pendant 30 jours maximum.

Exonération des cotisations d'assurance

La souscription à la garantie Exonération des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale est automatique.

Ses modalités de mise en œuvre sont décrites à l'article « Garantie Exonération des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale » ci-après.

Cas des rechutes ou arrêts multiples

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

En revanche, si l'Incapacité Totale Temporaire est due à un nouvel accident, ou si la rechute survient après un délai de 60 jours suivant la fin de la période d'Incapacité Totale Temporaire, diagnostiquée médicalement comme provenant de la même cause, le délai de franchise sera appliqué de nouveau.



Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail cessent à la date de première réalisation d'un des événements suivants :

- Le jour de la reprise totale d'une quelconque activité professionnelle ou à temps partiel non indemnisé au titre du Contrat.
- Au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité (pour un même dossier).
- Au plus tard dans un délai de 365 ou 1095 jours après la date de début de l'indemnisation de l'arrêt de travail, selon la durée choisie par l'assuré.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.
- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'Incapacité Temporaire Totale de travail sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le Contrat.
- Au plus tard la veille du 67^e anniversaire de l'assuré.

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail cesse :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard la veille du 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au jour de la prise en charge au titre de la garantie Rente Invalidité en cas d'accident, dans le cadre d'une invalidité totale.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.8.2 Incapacité Temporaire Totale suite à accident ou maladie

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

Elle cesse ainsi que ses prestations, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 67 ans.

Seules les personnes qui justifient de l'exercice effectif d'une activité professionnelle réelle et rémunérée, peuvent souscrire à cette garantie et la conserver. Elle cesse à l'arrêt définitif de toute activité professionnelle réelle et rémunérée.

Cette garantie prévoit le versement d'indemnités journalières forfaitaires de **15 € minimum** 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. Le montant de l'indemnité journalière n'est pas plafonné mais est déterminé en fonction des justificatifs de revenus à fournir à l'adhésion.

Elle n'intervient pas en complément du régime obligatoire dont relève l'adhérent.

La prise en charge intervient à l'expiration du délai de franchise indiqué dans le Bulletin d'adhésion, et tant que l'incapacité temporaire totale de travail est médicalement justifiée et reconnue par l'Assureur. La prise en charge correspond au nombre de jours d'incapacité temporaire totale de travail diminué du nombre de jours de franchise. **La durée maximum de prise en charge par l'Assureur est de 365 ou 1095 jours consécutifs (choix irréversible à l'adhésion)** au titre de la même Incapacité Temporaire Totale de travail.

Réduction de franchise

En cas d'hospitalisation d'au moins 2 nuits consécutives, la franchise est réduite, si et seulement si cette franchise est inférieure à 30 jours. Dans ce cas, l'assuré est indemnisé au premier jour d'hospitalisation.

Pour bénéficier des prestations, l'assuré doit, à la date de l'incapacité temporaire totale de travail :

- être couvert au titre de cette garantie,
- exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ou être conjoint collaborateur d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale et apporter une collaboration effective et régulière à l'adhérent dans le cadre de son activité professionnelle,
- ou avoir fait l'objet d'une liquidation judiciaire depuis moins de 1095 jours (à partir de la date de jugement prononçant la liquidation judiciaire).

Ainsi, si l'assuré est au jour du sinistre (premier jour de l'arrêt de travail) au chômage, à la retraite ou en cessation d'activité professionnelle, il ne pourra pas prétendre à cette garantie et les cotisations versées seront remboursées pour la période non couverte qui n'excédera néanmoins pas 60 jours.

Incapacité Temporaire Partielle

Si l'assuré a cumulé une période de 90 jours d'arrêt de travail consécutifs minimum, en cas de reprise à temps partiel et après accord du médecin de l'Assureur lors d'une contre-visite, il peut percevoir une demi-indemnité journalière pendant 30 jours maximum.



Exonération des cotisations d'assurance

La souscription à la garantie Exonération des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale est automatique. Ses modalités de mise en œuvre sont décrites à l'article «Garantie Exonération des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale » ci-après.

Cas des rechutes ou arrêts multiples

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

En revanche, si l'Incapacité Totale Temporaire est due à un nouvel accident, ou si la rechute survient après un délai de 60 jours suivant la fin de la période d'Incapacité Totale Temporaire, diagnostiquée médicalement comme provenant de la même cause, le délai de franchise sera appliqué de nouveau.

Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail cessent à la date de première réalisation d'un des événements suivants :

- Le jour de la reprise totale d'une quelconque activité professionnelle ou à temps partiel non indemnisé au titre du Contrat.
- Au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité (pour un même dossier).
- Au plus tard dans un délai de 365 ou 1095 jours après la date de début de l'indemnisation de l'arrêt de travail, selon la durée choisie par l'assuré.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.
- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'Incapacité Temporaire Totale de travail sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le Contrat.
- Au plus tard la veille du 67^e anniversaire de l'assuré.

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail cesse :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard la veille du 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au jour de la prise en charge au titre de la garantie Rente Invalidité en cas de maladie ou d'accident, dans le cadre d'une invalidité totale.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

Bonus II

Le Bonus II permet à l'assuré d'acquérir des Indemnités journalières supplémentaires dans les principes et limites détaillées ci-après :

Acquisition du Bonus

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.

Le bonus acquis s'ajoute au solde de l'année précédente dans la limite de 7 jours. Chaque assuré dispose de son propre bonus, au titre de sa garantie Incapacité Temporaire Totale suite à accident ou maladie.

Consommation du Bonus

Dès lors que l'assuré remplit toutes les conditions d'indemnisation d'arrêt de travail, le bonus acquis pourra être mis en jeu si 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 (cf. Acquisition du Bonus) 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.

Option dos et psy

Cette option ne peut être demandée qu'au moment de l'adhésion et est décrite à l'article « Option Dos et Psy » ci-après.

Délai d'attente

Les délais d'attente suivants sont appliqués :

- 3 mois en cas de maladies, infectieuses ou non,
- 6 mois en cas de maladies dues à des problèmes de neurologie, de dos ou de psychiatrie.

Il n'y a aucun délai d'attente en cas d'arrêt de travail suite à un accident.

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».



5.9 Garantie Exonération des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale

Cette garantie est associée à une garantie Incapacité Temporaire Totale.

Dès lors que l'état de santé de l'assuré justifie le versement d'indemnités journalières d'après les conditions énoncées aux 2 paragraphes précédents « Garantie d'Incapacité Temporaire Totale », l'Assureur s'engage à exonérer complètement le paiement des cotisations d'assurance à échoir de toutes les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion, pendant toute la durée de la prise en charge par l'Assureur au titre de l'Incapacité Temporaire Totale après un délai de franchise de 60 jours.

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

En cas d'indemnisation de reprise du travail à temps partiel thérapeutique, l'exonération des cotisations d'assurance cesse et celles-ci sont à nouveau dues.

Fiscalité

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.10 Garantie Hospitalisation

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

Cette garantie cesse lorsqu'elle n'est plus liée à une autre garantie et, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 67 ans.

L'Assureur s'engage à verser des indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation de l'assuré, suite à un accident ou une maladie survenu en cours d'adhésion. L'hospitalisation peut être effectuée à domicile sur prescription et contrôles médicaux, à condition que ce domicile soit en France métropolitaine, en Outre-mer⁽¹⁾ ou à Monaco.

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

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

- 730 jours par hospitalisation dans le cas général,
- 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,
 - en moyen séjour, pour les hospitalisations pour rééducation fonctionnelle et réadaptation, dans un but de repos, convalescence, régime alimentaire, pour adulte ou enfant, y compris les séjours en sanatorium.

Une franchise de 2 nuits d'hospitalisation est appliquée.

Le montant de l'indemnité journalière est choisi de **15 € minimum à 100 € maximum**, par assuré et par jour.

Il est indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur.

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

Délai d'attente

Les délais d'attente suivants sont appliqués :

- 6 mois en cas de maladies, infectieuses ou non,
- 6 mois en cas de maladies dues à des problèmes de neurologie, de dos ou de psychiatrie.

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

Il n'y a aucun délai d'attente en cas d'hospitalisation suite à un accident.

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.11 L'Invalidité : reconnaissance et évaluation

Les garanties en cas d'Invalidité ne peuvent être mises en jeu qu'à partir de la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

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



La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'assuré. Lorsque l'état de santé est consolidé et, au plus tard, dans un délai de 1095 jours à compter de la date de début d'arrêt de travail, sous réserve que ledit état d'invalidité entraîne une diminution inévitable totale ou partielle de la capacité de gain, le médecin désigné par l'Assureur détermine un taux d'invalidité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'invalidité professionnelle, afin de calculer le taux d'invalidité.

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

Le taux d'invalidité fonctionnelle compris entre 0 et 100 % est déterminé par le médecin-conseil d'Allianz Vie d'après un barème au choix à l'adhésion :

- le « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié par le Concours Médical (édition la plus récente au jour de l'expertise),
- un Barème Spécifique permettant une corrélation entre handicap et profession exercée; ce barème est contractuel.

Quel que soit le barème choisi, il sera valable pour la rente et le capital en cas d'adhésion à ces deux garanties.

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

Le taux d'invalidité est obtenu à l'aide d'un tableau croisant le taux d'invalidité fonctionnelle et le taux d'invalidité professionnelle.

Ci-dessous tableau croisant prenant en compte le Barème Spécifique.

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

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

La date de reconnaissance de l'invalidité permanente totale est fixée par le médecin expert désigné par l'Assureur.

En cas de mise en jeu de la garantie Invalidité, l'assuré reste couvert pour les garanties en cas de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que Maladies Redoutées et Hospitalisation, si ces garanties ont été souscrites.

5.11.1 Garantie Rente d'Invalidité en cas d'accident

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

Elle cesse ainsi que ses prestations, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 67 ans.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'avec une garantie d'Incapacité Temporaire Totale en cas d'accident et d'une durée d'indemnisation de 1095 jours.

Selon le choix fait par l'assuré lors de l'adhésion au Contrat, l'Assureur s'engage à verser une rente forfaitaire temporaire lorsque l'assuré est reconnu, en cours d'adhésion, en invalidité à la suite d'un accident.

Le taux d'invalidité déclencheur est au choix de l'assuré : 15 ou 33 %.



Le montant de base annuel de la rente, de **7 500 € minimum**, est égal au montant indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur.

La rente servie est déterminée en fonction du montant de base souscrit et du taux d'invalidité retenu et est calculée de la façon suivante :

Si le client choisit un taux déclencheur de 15 % :

- 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 % :

- 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 est effectué trimestriellement, à terme échu.

L'assuré doit signaler toute amélioration ou toute aggravation de son état de santé à l'Assureur. Dans ce cas, ce dernier missionne un médecin, à ses frais, afin de déterminer un éventuel nouveau taux d'invalidité.

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

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

Les prestations prévues au titre de cette garantie cessent :

- en cas de fixation d'un nouveau taux d'invalidité fonctionnelle inférieur à 15 ou 33 % (selon le seuil choisi par l'assuré à l'adhésion),
- le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'Invalidité sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le Contrat,
- en cas de consolidation en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou en cas de décès de l'assuré,
- au terme de l'adhésion et au plus tard la veille du jour où l'assuré atteint 67 ans.

En cas de mise en jeu de la garantie Invalidité, l'assuré reste couvert pour les garanties en cas de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que Maladies Redoutées et Hospitalisation, si ces garanties ont été souscrites. La(les) garantie(s) Incapacité Temporaire Totale souscrite(s) ne cesse(nt) qu'en cas d'invalidité totale.

Une garantie d'exonération des cotisations d'assurance est associée à la garantie Rente Invalidité en cas d'accident. Cette garantie est détaillée ci-après.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.11.2 Garantie Rente d'Invalidité en cas de maladie ou d'accident

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

Elle cesse ainsi que ses prestations, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 67 ans.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'avec une garantie d'Incapacité Temporaire Totale en cas de maladie ou d'accident et d'une durée d'indemnisation de 1095 jours.

Selon le choix fait par l'assuré lors de l'adhésion au Contrat, l'Assureur s'engage à verser une rente forfaitaire temporaire lorsque l'assuré est reconnu, en cours d'adhésion, en invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Le taux d'invalidité déclencheur est au choix de l'assuré : 15 ou 33 %.

Le montant de base annuel de la rente, de **7 500 € minimum**, est égal au montant indiqué dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur.



La rente servie est déterminée en fonction du montant de base souscrit et du taux d'invalidité retenu et est calculée de la façon suivante :

Si le client choisit un taux déclencheur de 15 % :

- 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 % :

- 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 est effectué trimestriellement, à terme échu.

L'assuré doit signaler toute amélioration ou toute aggravation de son état de santé à l'Assureur. Dans ce cas, ce dernier missionne un médecin, à ses frais, afin de déterminer un éventuel nouveau taux d'invalidité.

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

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

Les prestations prévues au titre de cette garantie cessent :

- en cas de fixation d'un nouveau taux d'invalidité fonctionnelle inférieur à 15 ou 33 % (selon le seuil choisi par l'assuré à l'adhésion),
- le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'Invalidité sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le Contrat,
- en cas de consolidation en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou en cas de décès de l'assuré,
- au terme de l'adhésion et au plus tard la veille du jour où l'assuré atteint 67 ans.

En cas de mise en jeu de la garantie Invalidité, l'assuré reste couvert pour les garanties en cas de Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que Maladies Redoutées et Hospitalisation, si ces garanties ont été souscrites. La(les) garantie(s) Incapacité Temporaire Totale souscrite(s) ne cesse(nt) qu'en cas d'invalidité totale.

Une garantie d'exonération des cotisations d'assurance est associée à la garantie Rente Invalidité en cas de maladie ou d'accident. Cette garantie est détaillée ci-après.

Option dos et psy

Cette option ne peut être demandée qu'au moment de l'adhésion et est décrite à l'article « Option Dos et Psy » ci-après.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie est éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.11.3 Garantie Capital Invalidité en cas d'accident

La garantie Capital Invalidité en cas d'accident peut être souscrite de 18 à 62 ans inclus.

Elle cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 67 ans.

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

Selon le choix fait par l'assuré lors de l'adhésion au Contrat, l'Assureur s'engage à verser un capital invalidité en cas d'accident lorsque l'assuré est reconnu, en cours d'adhésion, en Invalidité à la suite d'un accident.

Le taux d'invalidité, servant de base au calcul du capital invalidité à verser, est déterminé dans les conditions décrites au chapitre « L'invalidité : reconnaissance et évaluation ».

La définition de l'invalidité et son évaluation sont spécifiées également dans ce chapitre.

Le montant minimum du capital souscrit est de **15 000 €**.



Le capital versé est déterminé comme suit :

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

Ce capital peut être versé dès 15 % d'invalidité.

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

Une garantie d'exonération des cotisations d'assurance est associée à la garantie Capital Invalidité en cas d'accident. Cette garantie est détaillée ci-après.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité dite « Madelin ».

5.11.4 Garantie Capital Invalidité en cas de maladie ou d'accident

La garantie Capital Invalidité en cas de maladie ou d'accident peut être souscrite de 18 à 62 ans inclus. Elle cesse, au plus tard, la veille du jour où l'assuré atteint ses 67 ans.

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

Selon le choix fait par l'assuré lors de l'adhésion au Contrat, l'Assureur s'engage à verser un capital invalidité en cas de maladie ou d'accident lorsque l'assuré est reconnu, en cours d'adhésion, en Invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident.

La définition de l'invalidité et son évaluation sont spécifiées précédemment dans l'article « L'invalidité : reconnaissance et évaluation ».

Le montant minimum du capital souscrit est de **15 000 €**.

Le capital versé est déterminé comme suit :

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

Ce capital peut être versé dès 15 % d'invalidité.

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

Une garantie d'exonération des cotisations d'assurance est associée à la garantie Capital Invalidité en cas de maladie ou d'accident. Cette garantie est détaillée ci-après.

Option dos et psy

Cette option ne peut être demandée qu'au moment de l'adhésion et est décrite à l'article « Option Dos et Psy » ci-après.

Délai d'attente

Aucun

Fiscalité

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité dit « Madelin ».

5.12 Garantie Exonération des cotisations en cas d'Invalidité

Cette garantie est associée à toute garantie invalidité (rente ou capital, Accident ou Maladie/Accident).

Dès lors que l'état de santé de l'assuré justifie la mise en œuvre d'une des quatre garanties Invalidité décrites ci-avant, Allianz Vie s'engage à exonérer complètement le paiement des cotisations d'assurance à échoir de toutes les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion au Contrat.



5.13 Option Dos et Psy

Au seul moment de l'adhésion et uniquement en complément des garanties Incapacité Temporaire Totale en cas de maladie ou d'accident et Invalidité en cas de maladie ou d'accident, il est possible de demander la couverture des pathologies liées aux problèmes dorsaux et problèmes psychologiques.

Si l'assuré bénéficie de cette option, les pathologies ci-dessous sont garanties sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ou de mise sous tutelle ou curatelle :

- 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.
- Dépression ou syndrome anxio-dépressif ou syndrome de fatigue chronique ou fibromyalgie ou affection psychiatrique, neuro-psychiatrique.

Sous réserve cependant des éventuelles exclusions notifiées par l'Assureur à l'assuré au moment de l'adhésion.

La prise en charge est effectuée selon les modalités propres à chaque garantie dont bénéficie l'assuré.

5.14 Risques exclus

5.14.1 Exclusions pour toutes les garanties et options (sauf Maladies redoutées) des conséquences :

- de guerres (civiles ou étrangères), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotages, attentats, émeutes, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- 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'événement,
- de l'usage de stupéfiants absorbés par l'assuré en l'absence de toute prescription médicale ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,
- d'un attentat ou d'une tentative d'attentat dès lors que l'assuré y prend une part active.

5.14.2 Exclusions spécifiques

5.14.2.1 Au titre des garanties Décès, Rente de Conjoint, Rente Éducation :

- 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,
- si le décès survient en cas de suicide au cours de la première année qui suit une 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.

5.14.2.2 Au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

- les 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.

5.14.2.3 Au titre des garanties et options Décès accidentel, Incapacité, Invalidité et GH :

- 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,
- les périodes de congé de maternité ou de paternité, tels que définis aux articles L. 1225-17 et L. 1225-35 du Code du travail, que l'assuré(e) y soit ou non assujetti(e).

Si la couverture des maladies Dos et Psy n'a pas été prise à l'adhésion :

- 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, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité,

- **les sinistres résultant d'une dépression ou d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuro-psychiatrique**, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité (hormis l'hospitalisation de jour) ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.

5.14.2.4 Au titre de la garantie Hospitalisation (GH) :

- **les hospitalisations dont la durée est inférieure à deux nuits notamment les hospitalisations de jour,**
- **les séjours effectués :**
 - **dans des établissements non hospitaliers,**
 - **dans les établissements hospitaliers suivants :**
 - établissements, maisons, centres ou unités de long séjour, maisons de santé de toute nature,
 - établissements, maisons, centres ou unités de lutte contre les maladies mentales, contre l'alcoolisme et la toxicomanie,
 - 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 :**
 - **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).**

5.14.3 Sports à risque pratiqués en tant qu'amateur ou amateur rémunéré

Les sports à risque cités ci-dessous pratiqués en tant qu'amateur ou amateur rémunéré sont exclus des garanties Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité.

Ces sports sont les suivants :

- Alpinisme, paralpinisme, trekking, expéditions et randonnées pédestres sur glacier, escalade, varappe, via ferrata, expéditions,
- Sports de combat et/ou arts martiaux en compétition, boxe française, boxe américaine, boxe thaïlandaise, catch, full contact, kendo, kick boxing, krav maga,
- Football américain,
- Sports automobiles, sports motocyclistes et sidecar, sports motonautisme (de type jet ski, scooter des mers, compétition), autres sports mécaniques et/ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant,
- Bobsleigh, patinage avec compétition, sports de neige ou de glace en compétition, ski hors piste, ski extrême, ski artistique ou acrobatique, moto ou scooter des neiges, saut à ski, skiathlon, hockey sur glace,
- Base jump / bungee, exploit et sport extrême, saut à l'élastique, canyoning, chasse,
- Activités aériennes de type parapente, deltaplane, aile delta, montgolfière, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, paramoteur, vol à voile, planeur, ULM, autogire, gyrocoptère, autres sports aériens et/ou utilisation de tout autre engin aérien,
- Cyclisme avec compétition, VTT avec compétition ou radical ou extrême, BMX,
- Sports équestres de type saut d'obstacle, jumping, cross, concours complet, lad, chasse à courre, horse hall, hunter, joute équestre, polo, western équitation,
- Sports nautiques de type flysurf, funboard, hydrospeed, kayak en mer, kayak en rivière, kitesurf, planche à voile avec compétition, plongeon de haut vol ou artistique, ski nautique avec compétition, rafting, surf avec compétition, voile, yachting à plus de 20 milles d'un abri côtier, longue traversée, régates, courses au large, surf,
- Skateboard avec compétition, squash avec compétition,
- Plongée sous-marine à partir de 20 mètres de profondeur, spéléologie, taumachie.



Toutefois, lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement, c'est-à-dire au maximum une fois par an, et dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, 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, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

À la demande expresse de l'assuré, tout ou partie de ces activités peuvent faire l'objet d'une étude des garanties moyennant une tarification spéciale. **L'Assureur pourra, le cas échéant, refuser de couvrir le risque.**

5.14.4 Sports pratiqués à titre professionnel

A priori, 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.

Cette déclaration donne lieu à une étude des garanties par l'Assureur :

- qui accepte de couvrir le risque moyennant une tarification spéciale,
- ou, le cas échéant, **refuse de couvrir le risque.**

6 – Les engagements de l'assuré

À l'adhésion, l'assuré s'engage à signaler en toute sincérité à l'Assureur l'ensemble des informations importantes dans l'appréciation de sa situation personnelle et professionnelle sur les documents qui lui ont été remis à cet effet (déclaration d'état de santé ou rapport médical, déclaration d'activité professionnelle et sportive, questionnaires spécifiques d'activités). Il s'engage de même à déclarer l'existence de tout contrat d'assurance ayant pour objet le versement d'Indemnités Journalières en cas d'arrêt d'activité ou d'une prestation en cas d'invalidité, sous peine de nullité du Contrat (article L. 113- 8 du Code des assurances).

6.1 Conséquences d'une fausse déclaration

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part de l'assuré, l'Assureur pourra, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations d'assurance payées.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'Assureur pourra faire application de l'article L. 113-9 du Code des assurances. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

6.2 Modifications en cours d'adhésion

6.2.1 Modification des garanties

À tout moment, l'assuré a la possibilité de demander la modification des garanties de son contrat ; il suffit de fournir à l'Assureur, les éléments nécessaires à sa prise en compte.

Elles prendront effet sous réserve d'une acceptation technique et/ou médicale. Ces évolutions entraînent la modification de la cotisation.

6.2.2 Modification des données relatives à l'adhérent ou 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 :

- se remettre à fumer, même occasionnellement, si l'assuré avait déclaré être non-fumeur à l'adhésion,
- changer de profession ou de statut professionnel (de Travailleur Non Salarié à Salarié, par exemple),
- cessation d'activité ou départ à la retraite si tel n'était pas le cas à l'adhésion,



- reprendre son activité professionnelle après un arrêt de travail, même de manière partielle,
- souscrire ou adhérer à d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité ou d'invalidité,
- changer de domicile,
- changer de coordonnées bancaires.

L'assureur tiendra compte de ce changement à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la lettre recommandée.

En cas de modification du risque couvert, Allianz Vie pourra :

- soit accepter cette modification à de nouvelles conditions, sous réserve de l'acceptation par l'adhérent du nouveau tarif proposé,
- soit exclure la nouvelle situation constituant l'aggravation du risque.

Lors d'un changement de domicile, en cas de départ définitif à l'étranger, l'adhésion prend fin.

6.3 Déclaration de sinistre

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du Contrat doit être déclaré le plus rapidement possible à l'Assureur. Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives et sous réserve de son accord de prise en charge du sinistre.

Délai - déclaration - déchéance

La déclaration de sinistre Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être faite avant la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle de l'assuré et au plus tard dans les 15 jours ouvrés qui suivent le premier jour d'incapacité de travail. **Passé ce délai, la prise en charge interviendra à compter de la réception de la déclaration par le médecin-conseil de l'Assureur sous réserve que l'Assureur apporte la preuve d'avoir subi un préjudice.**

Si l'assuré déclare son Incapacité Temporaire Totale de Travail après le délai de déclaration de 15 jours, la durée maximale de prise en charge de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) sera égale à 365 ou 1095 jours, selon le choix fait à l'adhésion, diminuée du délai de déclaration de l'assuré.

L'assuré doit déclarer sans délai la reprise de son activité professionnelle, même partielle, à l'Assureur.

La déclaration de sinistre suite à décès doit être faite au plus tôt après la connaissance du décès.

6.4 Pièces justificatives

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

6.4.1 En cas de Décès

- l'extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un,
- le certificat médical post-mortem,
- un justificatif de l'état civil et de la qualité de bénéficiaire (carte d'identité, livret de famille...),
- les coordonnées des ayants droit ou héritiers ou éventuellement un certificat de notoriété.

6.4.2 En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- le certificat médical descriptif attestant que l'assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
- le cas échéant, la notification de rente d'accident du travail entraînant une Invalidité Permanente avec majoration « tierce personne ».

6.4.3 Pour la Rente Conjoint

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

6.4.4 Pour la Rente Éducation

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



6.4.5 Pour le Double Effet Familial

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un,
- un document justifiant de l'état-civil du bénéficiaire ou éventuellement un certificat de notoriété,
- le dernier avis d'imposition de l'assuré et du bénéficiaire,
- une déclaration sur l'honneur du bénéficiaire indiquant que l'(es) enfant(s) répond(ent) à la définition d'« enfant à charge » du bénéficiaire.

6.4.6 Pour les garanties en cas d'Invalidité

- un certificat médical détaillé attestant que l'assuré est en état d'invalidité,
- la déclaration de sinistre qui sera alors envoyée par l'Assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant,
- pour un **travailleur non salarié**, une copie de l'extrait du Registre du Commerce, antérieur à la date d'arrêt de travail ou une copie du jugement prononçant la liquidation judiciaire datant de moins de 1095 jours,
- pour un **conjoint collaborateur**, une copie du document d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés, au Répertoire des Métiers ou au Centre de Formalités des Entreprises, précisant qu'il est conjoint collaborateur.

6.4.7 Pour les garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale

A l'adhésion :

- Justificatifs de revenus

En cas de sinistre :

- l'avis d'arrêt de travail initial, de prolongation ou de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique,
- la déclaration de sinistre qui sera alors envoyée par l'Assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant,
- pour un **travailleur non salarié**, une copie de l'extrait du Registre du Commerce, antérieure à la date d'arrêt de travail ou une copie du jugement prononçant la liquidation judiciaire datant de moins de 1095 jours,
- pour un **conjoint collaborateur**, une copie du document d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés, au Répertoire des Métiers ou au Centre de Formalités des Entreprises, précisant qu'il est conjoint collaborateur.

6.4.8 En cas de Maladies Redoutées

- 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.

6.4.9 En cas d'hospitalisation

- 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 décompte du temps passé dans les divers services médicaux et chirurgicaux.

Les mêmes justificatifs sont demandés dans le cas d'une **hospitalisation** à domicile.

6.5 Contrôle médical - Arbitrage

6.5.1 Contrôle

L'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen demandé par l'Assureur.

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état de santé.

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

L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et l'invalidité et celles de l'Assureur dans les mêmes domaines. Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé sont inopposables à l'Assureur.

Pour les assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité, le contrôle médical et les expertises éventuelles ultérieures devront s'effectuer en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'Outre-mer⁽¹⁾ ou dans les collectivités d'Outre-mer⁽²⁾ ou à Monaco, les frais de déplacement engagés par l'assuré pour s'y rendre restent à sa charge.

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

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



6.5.2 Arbitrage

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et celui de l'assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager ; faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le tribunal compétent, éventuellement par voie de référé. Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

7 – Les cotisations

Les garanties et options du présent Contrat sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

7.1 Calcul des cotisations d'assurance

La cotisation d'assurance est fixée, selon le tarif en vigueur, en prenant en compte :

- les garanties et options accordées par Allianz Vie,
- l'âge de l'assuré,
- le fait d'être fumeur ou non,
- son activité professionnelle,
- son lieu de résidence,
- les résultats des formalités d'adhésion.

Sont considérées comme non-fumeurs les personnes n'ayant pas du tout fumé au cours des 24 mois précédant la date de signature de la Demande d'adhésion.

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

La cotisation d'assurance évolue en fonction de l'âge de l'assuré atteint à chaque échéance principale de l'adhésion.

Conformément à l'article 6 de la loi Evin, au-delà des 2 premières années suivant l'adhésion aux garanties, l'Assureur s'engage à ne jamais augmenter individuellement les cotisations d'assurance en raison de l'état de santé de l'assuré.

Taxes

Les taux de cotisation comprennent les taxes en vigueur sur les cotisations d'assurance. Toute nouvelle taxe et/ou modification des taxes applicables au Contrat sera répercutée sur les taux de cotisation d'assurance, y compris pour les adhésions en cours.

7.2 Indexation

Chaque année, les prestations garanties et cotisations d'assurance évoluent selon un taux fixe de 2 % par an, à la date d'échéance principale du Contrat.

Le refus de cette augmentation des cotisations et prestations garanties est possible ponctuellement : l'adhérent doit en informer Allianz Vie par courrier au plus tard 2 mois avant la date d'échéance principale du Contrat. **Au troisième refus, l'indexation automatique prend fin**, les prestations garanties et les cotisations demeureront fixées au montant atteint lors de la demande (sauf augmentation liée à l'âge, à la modification du barème ou à une augmentation de garantie).

7.3 Versement des cotisations

En contrepartie des engagements de l'Assureur, l'adhérent s'engage à verser les cotisations indiquées dans le Bulletin d'adhésion ou dans le dernier avenant en vigueur.

Païement des cotisations

L'adhérent doit s'acquitter des cotisations aux époques convenues et selon les modalités fixées ci-après.

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

Son paiement peut être fractionné et payable semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, au choix de l'adhérent figurant dans le Bulletin d'adhésion.



7.4 Non-paiement des cotisations d'assurance

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation due(s) n'est(ne sont) toujours pas payée(s) 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues. À défaut de paiement l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours.

7.5 Cessation/Résiliation de l'adhésion

Faculté de résiliation annuelle

- Si l'adhérent, au moins deux mois avant la date d'échéance principale de l'adhésion, adresse à l'Assureur une demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception, l'adhésion et l'ensemble des garanties cessent.
- L'Assureur peut également résilier l'adhésion, pendant les deux premières années de l'adhésion.

Résiliation pour non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations, votre adhésion est résiliée selon les modalités décrites ci-avant au chapitre « Non-paiement des cotisations ».

Situation en cas de perte du statut de Travailleur Non Salarié Non Agricole

Résiliation de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 010-2014-001 dans les conditions énoncées au chapitre « Cadre fiscal » en début de Notice.

Résiliation de l'adhésion suite à modification du Contrat

En cas de modification du Contrat portant sur les droits et obligations des adhérents, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion, tel que précisé au début de la présente Notice, dans la Présentation des contrats d'assurance de groupe.

Résiliation de l'adhésion suite à fausse déclaration

En application de l'article L. 113-9 du Code des assurances, en cas de fausse déclaration non intentionnelle découverte avant tout sinistre, l'Assureur peut résilier le Contrat, tel que précisé au chapitre « Conséquences d'une fausse déclaration » ci-avant.

Résiliation au plus tard la veille du 76^e anniversaire de l'assuré

Par ailleurs, les modalités de cessation propres à chaque garantie sont décrites dans les articles les concernant.

Cessation de l'adhésion

L'adhésion et l'ensemble des garanties cessent en cas de mise en jeu des garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

8 – Les dispositions légales

8.1 Informatique et Libertés

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe ainsi qu'à la gestion de l'adhésion à l'association souscriptrice, et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par nos prestataires dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de la part de l'adhérent, ces données pourront aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux ou par l'intermédiaire d'assurance, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant un courriel à l'adresse DQRCDDV@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de :

Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier BS - Tour Neptune - 20, place de Seine - 92086 Paris la Défense Cedex.



8.2 Faculté de renonciation

Le droit de l'adhérent à renoncer à son adhésion

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent Contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que son adhésion au Contrat est conclue. Cette date correspond à la date à laquelle il a signé le Bulletin d'adhésion, et au plus tard à la date de présentation de la lettre recommandée avec avis de réception qui lui sera envoyée si l'Assureur n'a pas reçu le Bulletin d'adhésion signé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée au Centre de Service Clients dont l'adresse figure sur la Demande d'adhésion.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la Demande d'adhésion ou la présente Notice d'information.

À réception de la lettre recommandée par l'Assureur, l'adhésion et toutes ses garanties et options prennent fin.

La cotisation versée sera remboursée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, déduction faite de la part de cotisation correspondant à la période du risque assuré pour les garanties de prévoyance.

Modèle de lettre-type de renonciation

« Je soussigné(e) M demeurant renonce à mon adhésion n° au contrat dénommé **Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié** souscrit auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement de ma cotisation de euros.

(Date et signature).»

En outre, si l'adhésion au Contrat se fait à la suite d'un démarchage à domicile, l'adhérent a également la possibilité d'y renoncer en application des dispositions issues de l'article L. 112-9 du Code des assurances décrites dans la Notice d'information, en respectant le formalisme du modèle de lettre prévu ci-dessus.

8.3 Réclamation

En cas de difficultés, l'adhérent peut consulter d'abord son interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si la réponse ne satisfait pas l'adhérent, il peut adresser sa réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients

Case Courrier BS, 20 place de Seine, 92086 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'adhérent a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances** dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 – 75425 Paris Cedex 09,

et ce, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

8.4 Prescription

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

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

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

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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



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

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

Article L. 114-2 du Code des assurances :

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

Article L. 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

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

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

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

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

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

Article 2246 du Code civil :

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

8.5 Subrogation

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au Contrat.



8.6 Lutte contre le blanchiment

Les contrôles que l'Assureur est légalement tenu d'effectuer au titre de la lutte contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, notamment sur les mouvements de capitaux transfrontaliers, peuvent conduire à tout moment à demander des explications ou des justificatifs à l'assuré, sur les sommes versées au Contrat.

8.7 Autorité de contrôle et règles régissant le Contrat

L'Assureur et l'association souscriptrice ANCRE sont contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Le Contrat est régi par la loi française. Il relève des branches 1 et 2 (pour la couverture des risques accident et/ou maladie) et 20 (pour la couverture du risque décès) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

8.8 Participation aux bénéfices techniques et financiers

L'Assureur ne verse aucune participation au titre des bénéfices techniques et financiers.



9 – Annexe - Lexique

Accident

Atteinte corporelle, indépendante de la volonté de la victime et due à l'action soudaine, irréprouvable et imprévisible d'une cause extérieure.

Acte authentique

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

Acte sous seing privé

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

Adhérent

Personne physique, membre de l'Association ANCRE, ayant signé la Demande d'adhésion au **Contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié**.

ANCRE

Association Nationale de Complément de Retraite et d'Épargne (ANCRE) association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901. Les statuts sont disponibles sur le site www.ancre-vie.com. À ce titre elle représente ses membres dans les relations avec l'assureur Allianz Vie et Allianz IARD.

Assuré

Personne physique ayant signé la Demande d'adhésion au **Contrat Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié** en sa qualité de travailleur non salarié répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties souscrites.

Avenant

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

Bénéficiaire

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

Bulletin d'adhésion

Document, adressé à l'assuré, définissant précisément les engagements pris entre les parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'adhérent sur la Demande d'adhésion. Ce document complète et personnalise les conditions générales définies dans la Notice d'information remise à l'adhérent, dont il a pris connaissance avant sa Demande d'adhésion au Contrat. Il peut, le cas échéant, mentionner des conditions spéciales d'acceptation d'adhésion portant notamment sur l'exclusion de certains risques liés à l'état de santé, ajournement, exclusions de garanties, surprime ou application d'un risque aggravé et requérant l'accord écrit de l'assuré sur ces conditions particulières émises par l'Assureur dans le Bulletin d'adhésion.

Conseiller

Interlocuteur habituel d'Allianz France.

Consolidation

Date à partir de laquelle l'état de santé d'un assuré est reconnu compte tenu des connaissances scientifiques et médicales, comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.



Cotisations d'assurance

Sommes versées à l'Assureur pour garantir le versement des prestations. L'assuré n'est couvert que dans la mesure où ces cotisations sont réglées.

Date d'effet

La date d'effet des garanties correspond à la date à partir de laquelle les garanties peuvent être mises en jeu.

Déclaration d'état de santé

Elle sert à l'assureur à évaluer le risque qu'il prend à assurer une personne. C'est une déclaration que l'assuré signe et qui l'engage. Suite à l'étude de la déclaration d'état de santé, l'Assureur peut, soit accepter d'assurer la personne au tarif normal, soit accepter de l'assurer avec des surprimes ou des exclusions, soit refuser de l'assurer. Avant de se prononcer, l'Assureur peut aussi demander des documents ou des examens médicaux complémentaires.

Déclaration de sinistre Incapacité – Invalidité – Maladies Redoutées

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

Délai d'attente

Période démarrante à la date d'effet d'adhésion au Contrat, parfois appelée délai de carence, pendant laquelle l'assuré n'est pas garanti en cas de sinistre.

Échéance principale

Date de renouvellement de l'adhésion.

Fonctionnel

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

Franchise

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

Fumeur

Personne ne pouvant pas souscrire à la déclaration non-fumeur du fait d'être actuellement fumeur, d'avoir cessé de fumer depuis moins de 24 mois ou pour des raisons médicales.

Maladie

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

Mi-temps thérapeutique

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

Mutilation

Altérations intentionnelles de l'intégrité physique.



Non-fumeur

Personne pouvant déclarer ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois, ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales, et satisfaire à l'examen de cotininurie dans le cadre des examens médicaux demandés par l'Assureur.

Nouveau-né

Est considéré comme nouveau-né pour la Garantie Hospitalisation, un enfant de moins d'un mois.

Prime

Cotisation d'assurance.

Prolongation

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

Questionnaire d'état de santé

Il sert à l'Assureur à évaluer le risque qu'il prend à assurer une personne. C'est un questionnaire que l'assuré remplit, signe et qui l'engage. Suite à l'étude de ce questionnaire d'état de santé, l'Assureur peut, soit accepter d'assurer la personne au tarif normal, soit accepter de l'assurer avec des surprimes ou autres conditions particulières, soit refuser de l'assurer.

Rechute

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

Risque

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

Sinistre

Réalisation d'un événement couvert au titre de l'adhésion au contrat **Allianz Prévoyance Travailleur Non Salaré** et susceptible d'entraîner la mise en jeu de la garantie de l'Assureur pour une adhésion en vigueur.

Sport à titre amateur

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



Protection Juridique

10 – Définitions

Assuré

Personne physique ayant souscrit une garantie Décès Toutes Causes lors de son adhésion au Contrat **Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié**.

Bénéficiaire

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

Code

Désigne le Code des assurances.

Dépens

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

Indemnités des articles 700 du Code de procédure civile, 75-1 de la loi du 10 juillet 1991, articles 475-1 et 375 du Code de procédure pénale, article L. 761-1 du Code de justice administrative et leurs équivalents devant des juridictions autres que françaises. Ce sont des indemnités prévues par des textes de loi autorisant une juridiction à condamner la partie tenue aux dépens ou à défaut la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre de frais exposés (principalement les honoraires d'avocat) et non compris dans les dépens.

Litige ou différend

Désigne toute réclamation ou désaccord qui oppose le **bénéficiaire** à un tiers, dont le bénéficiaire est l'auteur ou le destinataire ou, toute poursuite engagée à l'encontre du bénéficiaire ou toute poursuite que le bénéficiaire souhaiterait engager à l'encontre d'un tiers.

Assureur

Protexia France - Entreprise régie par le Code des assurances - Société Anonyme au capital de 1 895 248 €.

Siège social : Tour Neptune - Case Courrier 2508 - 20, Place de Seine - La Défense 1 - 92086 Paris La Défense Cedex - 382 276 624 RCS Nanterre - Tél. : 01 58 85 91 00 – Fax : 01 58 85 91 91.

Prescription

Désigne la période au-delà de laquelle la demande d'intervention auprès de l'Assureur n'est plus recevable (articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code).

Tiers

Désigne toute autre personne que l'Assureur, l'assuré ou le bénéficiaire.

11 – Garanties

11.1 Information juridique par téléphone, en prévention de tout litige

Sur simple appel téléphonique au 0969 329 600 (appel non surtaxé) de 8 heures à 20 heures, du lundi au samedi, le bénéficiaire est en relation avec des juristes confirmés afin d'obtenir une information juridique documentaire relative aux domaines couverts par la garantie Protection Juridique.



11.2 Protection juridique, en présence de litige

11.2.1 Prestations

L'Assureur intervient pour tous litiges suite au décès de l'assuré entrant dans le champ de la garantie « Décès Toutes Causes » du présent contrat, **sauf ceux faisant l'objet des exclusions générales et spécifiques à la garantie énoncées à l'article 11.3 des présentes dispositions :**

- il informe le bénéficiaire sur ses droits et obligations et sur les mesures nécessaires à la sauvegarde de ses intérêts,
- il conseille le bénéficiaire sur la conduite à tenir,
- il effectue, le cas échéant et avec l'accord du bénéficiaire, les démarches amiables nécessaires.

Si l'assistance d'un avocat (ou toute personne qualifiée par la législation en vigueur) est nécessaire, le bénéficiaire a la liberté de le choisir (y compris en cas de conflits d'intérêt) ; s'il le souhaite, l'Assureur peut le mettre en relation avec un avocat connu de l'Assureur, sur demande écrite du bénéficiaire. De même, ce dernier est informé qu'il doit être assisté ou représenté par un avocat lorsque l'on sait que la partie adverse est défendue dans les mêmes conditions.

La direction du procès appartient au bénéficiaire, conseillé par son avocat. Durant cette procédure, l'Assureur reste à la disposition du bénéficiaire et à celle de son avocat pour leur apporter l'assistance dont ils auraient besoin.

11.2.2 Les principaux domaines d'intervention

L'Assureur intervient, notamment et sous réserves des exclusions et limitations de garanties, pour tout litige opposant le bénéficiaire :

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

11.3 Exclusions spécifiques

L'Assureur ne garantit pas les litiges :

- 1 Mettant en cause la responsabilité civile du bénéficiaire lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurances ou devrait l'être en vertu des dispositions législatives ou réglementaires,**
- 2 Résultant de faits dolosifs, frauduleux ou intentionnels de la part du bénéficiaire, caractérisés par la volonté de provoquer un dommage avec la conscience des conséquences de son acte,** hormis le cas de légitime défense,
- 3 Résultant de l'inexécution par le bénéficiaire d'une obligation légale ou contractuelle,**
- 4 Résultant de la non fourniture aux administrations dans les délais prescrits, de documents à caractère obligatoire,**
- 5 Résultant de la participation du bénéficiaire à une activité politique ou syndicale et à des conflits collectifs du travail,**
- 6 Résultant d'événements naturels catastrophiques ayant fait l'objet d'un arrêté préfectoral ou ministériel,**
- 7 Concernant le droit de la propriété intellectuelle ou industrielle en matière de protection des droits d'auteur, dessins, modèles, logiciels, progiciels, marques, brevets, certificats d'utilité, noms, AOC, dénominations sociales,**
- 8 Relatifs au droit des personnes (livre 1 du Code civil), aux régimes matrimoniaux et aux successions,**
- 9 Concernant des travaux de construction soumis à l'obligation d'assurance, si le bénéficiaire n'a pas souscrit à l'assurance dommages ouvrage ou n'en est pas bénéficiaire, d'une part, ou si le litige apparaît avant réception,**



- 10 Nés d'engagement de caution,
- 11 Relatifs à l'acquisition, la détention, la cession de parts sociales ou de valeurs mobilières,
- 12 Concernant l'application des statuts de la société (lorsque le contractant est une personne morale) ainsi que les conventions passées entre associés,
- 13 Ayant trait à une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire,
- 14 Relatifs à la conception, l'adaptation et l'exploitation de logiciels et progiciels informatiques,
- 15 De nature douanière,
- 16 Résultant d'infractions au Code de la route, aux accidents de la circulation et aux infractions à la réglementation sociale des transports,
- 17 Inhérents à la propriété, la garde ou la jouissance d'immeubles utilisés à d'autres fins que l'activité professionnelle déclarée,
- 18 Relatifs aux recouvrements de créances.

12 – Les modalités d'application des garanties

12.1 Délai de carence

Néant

12.2 Ce que le bénéficiaire doit faire

Afin que l'Assureur puisse faire valoir les droits du bénéficiaire au mieux, ce dernier doit :

- déclarer son litige par écrit à l'Assureur, dès qu'il en a connaissance. Cette déclaration doit préciser la nature et les circonstances du litige,
- transmettre à l'Assureur, en même temps que la déclaration du litige, tous les documents et renseignements liés au litige y compris les justificatifs prouvant la réalité du préjudice subi par le bénéficiaire,
- adresser à l'Assureur, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations et pièces de procédure qui lui seraient adressés, remis ou signifiés.

Si le bénéficiaire est client d'un agent général Allianz, il convient de transmettre sa déclaration de litige de Protection Juridique soit à l'adresse postale suivante : Allianz protection juridique - Le centre de solution juridique - 90, avenue de Flandre - 75940 Paris Cedex 19 soit par courriel à l'adresse suivante : service.declaration@externe-protection-juridique.allianz.fr.

Dans les autres cas, il convient de transmettre la déclaration de litige de Protection Juridique soit à l'adresse postale suivante : Allianz protection juridique – Centre de gestion des litiges – Tour Neptune – 20, place de Seine - Case courrier 2508 – La Défense 1 – 92086 Paris La Défense Cedex soit par courriel à l'adresse suivante : declaration.protection-juridique@allianz.fr.

12.3 Ce que le bénéficiaire ne doit pas faire

Il doit s'abstenir de confier la défense de ses intérêts à un avocat ou à une personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur ainsi que d'engager une procédure judiciaire ou une nouvelle étape de celle-ci, sans en avoir préalablement informé l'Assureur.

Si le bénéficiaire contrevient à cette obligation, les frais en découlant resteront à sa charge.

Cependant, si le litige nécessite des mesures conservatoires urgentes, le bénéficiaire peut les prendre, à charge pour lui d'en avertir l'Assureur dans les meilleurs délais.

Le bénéficiaire ne doit accepter de la partie adverse aucune indemnité qui lui serait offerte directement sans en avoir préalablement informé l'Assureur. À défaut, et si l'Assureur avait engagé des frais, ceux-ci seraient mis à charge du bénéficiaire dans la mesure où l'Assureur serait dans l'impossibilité de les récupérer.



Lorsque le bénéficiaire fait, de mauvaise foi, des déclarations inexactes ou incomplètes sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, le bénéficiaire est entièrement déchu de tout droit à la garantie « Protection Juridique » pour le litige considéré.

13 – L'étendue géographique et dans le temps des garanties

13.1 Étendue géographique des garanties

Les garanties sont acquises au bénéficiaire si son litige relève de la compétence d'un tribunal de l'un des états suivants : France (métropole et départements et régions d'Outre-mer⁽¹⁾), autres états membres de l'Union européenne, Andorre, Liechtenstein, Monaco, Saint-Marin, Suisse et Vatican.

Dans les autres états et les collectivités d'Outre-mer⁽²⁾, l'intervention de l'Assureur est limitée à la prise en charge du coût de la procédure judiciaire engagée par le bénéficiaire ou contre lui, à concurrence de 1 600 € TTC.

13.2 Étendue dans le temps des garanties

L'Assureur prend en charge les litiges dont le fait générateur (faits, événements, situation source du litige) est postérieur à la date de prise d'effet du Contrat et antérieur à sa date de résiliation.

Le Contrat est conclu pour la période comprise entre sa date d'effet et la prochaine échéance du Contrat, date à partir de laquelle il est reconduit automatiquement d'année en année, sauf résiliation par l'assuré ou par l'Assureur.

Ne sont pas pris en charge les litiges :

- dont le fait générateur (faits, événements, situation source du litige) est antérieur à la date d'effet des garanties sauf si le bénéficiaire apporte la preuve qu'il ne pouvait avoir connaissance de ce fait avant cette date,
- qui sont déclarés postérieurement à la date de résiliation du Contrat.

14 – Les modalités de prise en charge

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

- En phase amiable : les frais et honoraires éventuels des auxiliaires de justice et des experts, s'ils ont été engagés avec l'accord préalable de l'Assureur (sauf mesures conservatoires urgentes),
- En phase judiciaire : les frais et honoraires des auxiliaires de justice et les dépens, si les modalités d'application des garanties ont été respectées (cf. paragraphe 3 « Les modalités d'application des garanties »). **Toutefois, l'Assureur ne prend pas en charge les dépens si le bénéficiaire succombe à l'action et qu'il est condamné à les rembourser à son adversaire.**

14.1.1 Frais et honoraires d'avocat

Si l'assistance d'un avocat (ou toute personne qualifiée par la législation en vigueur) est nécessaire, le bénéficiaire a la liberté de son choix. Sur demande écrite de sa part, l'Assureur peut le mettre en relation avec un avocat. L'Assureur réglera les frais et honoraires de l'avocat selon les montants TTC indiqués ci-après et ce pour chaque assistance à mesure d'instruction ou expertise, protocole de transaction, décision de justice.

Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, etc.), la préparation du dossier et la plaidoirie éventuelle. Ils constituent la limite de la prise en charge même si le bénéficiaire change d'avocat. Si le statut du bénéficiaire lui permet de récupérer la TVA, celle-ci sera déduite desdits montants. Il reviendra au bénéficiaire de procéder au règlement toutes taxes comprises des frais et honoraires réclamés et l'Assureur remboursera les montants hors taxes sur présentation d'une facture acquittée dans un délai maximum de 2 jours ouvrés à compter de la date de réception du courrier (le cachet de la poste faisant foi).

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

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



Montant de prise en charge des frais et honoraires de l'avocat (en euros et TTC)

• Protocole de transaction, arbitrage, médiation pénale et civile	500 €
• Démarches amiables	350 €
• Assistance à une mesure d'instruction ou d'expertise	350 €
• Commissions	350 €
• Juge de proximité	500 €
• Référé et juge de l'exécution	500 €
• Tribunal de police : – sans constitution de partie civile – avec constitution de partie civile et 5 ^e classe	350 € 500 €
• Tribunal correctionnel : – sans constitution de partie civile – avec constitution de partie civile	700 € 800 €
• Tribunal d'instance	700 €
• CIVI (Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction)	700 €
• Tribunal de grande instance, de commerce, tribunal administratif, tribunal des affaires de Sécurité sociale	1 000 €
• Conseil des prud'hommes : – bureau de conciliation – bureau de jugement	300 € 700 €
• Tribunal paritaire des baux ruraux	800 €
• Cour d'appel	1 000 €
• Cour d'assises	1 500 €
• Cour de cassation, Conseil d'État, Juridictions européennes	1 700 €

14.1.2 Plafonds et seuil minimal d'intervention

– Montant de la garantie par litige TTC	16 000 €
– Plafond d'expertise judiciaire par litige et TTC	4 800 €
– Seuil minimal d'intervention par litige et TTC	200 €

14.2 Ce qui n'est pas pris en charge

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

Attention

Il revient au bénéficiaire de communiquer à l'Assureur tous renseignements, documents et justificatifs prouvant la réalité du préjudice subi. À défaut, l'Assureur ne pourrait instruire le dossier. Il ne prendra pas en charge les éventuels frais exposés par le bénéficiaire et destinés à apporter ces éléments de preuve de son préjudice, sauf accord préalable de la part de l'Assureur.



15 – La subrogation

En vertu des dispositions de l'article L. 121-12 du Code, l'Assureur se substitue au bénéficiaire dans ses droits et actions pour le recouvrement des sommes qui lui sont allouées au titre des dépens et des indemnités versées au titre des articles 700 du Code de procédure civile, 475-1 et 375 du Code de procédure pénale, L. 761-1 du Code de justice administrative et 75-1 de la loi du 10 juillet 1991 (ou leurs équivalents devant des juridictions autres que françaises), à concurrence des sommes que l'Assureur a payées et après avoir prioritairement désintéressé le bénéficiaire si des frais et honoraires sont restés à sa charge.

16 – Que faire en cas de désaccord entre le bénéficiaire et l'assureur ?

En vertu des dispositions de l'article L. 127-4 du Code, en cas de désaccord entre le bénéficiaire et l'Assureur au sujet des mesures à prendre pour régler le litige garanti, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du tribunal de grande instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur. Toutefois, le Président du tribunal de grande instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement si le bénéficiaire a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si le bénéficiaire engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la tierce personne ou l'Assureur, ce dernier indemniserà le bénéficiaire des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants indiqués au paragraphe « les modalités de prise en charge ».

17 – Que faire en cas de conflit d'intérêts ?

Dès que le bénéficiaire a déclaré son litige, il a la liberté de faire appel à un avocat de son choix (ou à toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur) s'il estime que peut survenir un conflit d'intérêts entre bénéficiaire et Assureur (par exemple si l'Assureur est amené à défendre simultanément les intérêts du bénéficiaire et ceux de la personne contre laquelle il a demandé d'exercer son recours).

Dans cette éventualité, l'Assureur prend en charge les frais et honoraires de l'avocat du bénéficiaire dans la limite de ce qui est prévu au paragraphe « les modalités de prise en charge ».

18 – L'examen des réclamations

En cas de difficultés, il faut consulter en premier lieu l'interlocuteur habituel de Protexia France.

Si, la réponse ne satisfait pas le bénéficiaire, il peut adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz Protection Juridique - Service Client
Case Courrier 2508 - 20 place de Seine - La Défense 1 - 92086 Paris La Défense Cedex.
Courriel : qualite.protection-juridique@allianz.fr

Protexia France, par sa filiation avec Allianz France, adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif et après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, le bénéficiaire a la faculté de faire appel au **Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances** dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 – 75425 Paris Cedex 09,

et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.



Convention d'Assistance

19 – Dispositions générales

Les prestations de la Convention d'assistance souscrite par Allianz Vie auprès de Fragonard Assurances (Société Anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris) sont mises en œuvre par :

Mondial Assistance France (SAS au capital de 7 584 076,86 € – 490 381 753 RCS Paris – Siège social : 54, rue de Londres - 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - www.orias.fr/).

Ci-dessous dénommée « **Mondial Assistance** ».

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

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

20 – Définitions

Dans la présente Convention d'assistance « Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié » (ci-après, la « **Convention** »), les Parties conviennent que les termes et expressions commençant par une majuscule, auront la signification suivante :

Accident

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

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

Ascendant dépendant

Tout ascendant (parent, beau-parent et grand-parent du Bénéficiaire) dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire. La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

Bénéficiaire

Personne physique assurée au titre du contrat « Allianz Prévoyance Travailleur Non Salarié ».

Domicile

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

Hospitalisation

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



Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Transport

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

21 – Mise en œuvre des prestations

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente Convention doit être formulée par le Bénéficiaire ou ses proches auprès de Mondial Assistance par téléphone au numéro suivant :

01 40 25 51 58

accessible 24h/24, 7 jours/7, sauf mention contraire.

en indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit, **921547**
- le nom et le prénom du Bénéficiaire,
- le numéro de téléphone auquel il peut être joint,
- la prestation souhaitée.

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

Attention

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

22 – Les prestations

22.1 Conditions d'exécution des prestations

Territorialité

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

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz et de l'accord liant Allianz et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

22.2 Description des prestations

22.2.1 Informations juridiques et pratiques

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

22.2.1.1 Informations juridiques

a La consommation

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



b La fiscalité

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

c L'emploi

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

d Les placements

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

e La retraite

- Conditions pour faire valoir ses droits à la retraite
- Cumul emploi-retraite
- Prélèvements obligatoires
- Retraite complémentaire
- Nouveaux produits retraite

f La succession

- Le coût de l'héritage
- Les démarches administratives
- Les dettes et actions sociales
- La fiscalité, les frais de notaire
- La donation-partage
- Les formes de testament...
- En termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?

g La famille

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

h La vie quotidienne

- Les démarches administratives :
 - Les papiers d'identité
 - Les services publics et les droits des administrés
- Le service national
- La justice (le tribunal d'instance et de grande instance, le tribunal administratif, l'aide juridictionnelle, les saisies...)
- Quels documents conserver ?
- La scolarité (enseignement, formation...)
- État civil
- Comment porter plainte ?
- À qui s'adresser en cas de litige ?
- En cas de veuvage : quels sont les droits concernant les biens du conjoint survivant ?

i L'immobilier

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



22.2.1.2 Vie pratique

a Santé

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

b Bien se nourrir à tous les âges

- Le bon équilibre alimentaire
- Les compléments alimentaires
- L'alimentation biologique
- Les régimes en fonction des âges

c La protection sociale

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

d Vie pratique

- Formalités administratives, services publics
- Gastronomie-cuisine, jardinage, loisirs, activités culturelles, diététique...

e Les derniers jours de la vie

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

22.2.2 Accompagnement psychologique

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

Sont principalement considérés comme événements traumatisants :

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

L'appel du Bénéficiaire doit intervenir au plus tard **dans les 30 (trente) jours** suivant l'événement traumatisant.

La prestation est rendue de la manière suivante :

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

Si besoin, le Bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de Mondial Assistance soit effectivement disponible.

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

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

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

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

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

Mondial Assistance n'est tenue que par une obligation de moyen.



Dans tous les cas, la décision d'accompagnement psychologique appartient exclusivement au médecin de Mondial Assistance, éventuellement après contact et accord du médecin traitant du Bénéficiaire.

22.2.3 Prestations à domicile

Forfait

Avant, pendant ou à la sortie d'une Hospitalisation, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance qui tout d'abord, réalisera, par téléphone, une évaluation de sa situation et de son environnement.

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

Les prestations sont prises en charge dans la limite de 2 (deux) Hospitalisations (attestée par le bulletin d'Hospitalisation ou un certificat médical) par année civile et par Bénéficiaire.

Les prestations sont à utiliser avant, pendant l'Hospitalisation ou après l'Hospitalisation et au plus tard, dans un délai de 15 (quinze) jours maximum à compter de la date de sortie de l'Hospitalisation, sauf mention contraire.

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

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

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

22.2.3.1 Transport

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

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

22.2.3.2 Aide à Domicile

Suite à une Hospitalisation, Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire, une aide à Domicile.

Cette aide à Domicile peut être réalisée :

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

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

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

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

22.2.3.3 Fermeture du Domicile quitté en urgence

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

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

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

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

22.2.3.4 Préparation du retour au Domicile

Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, afin d'assurer son retour au Domicile dans les meilleures conditions, Mondial Assistance organise et prend en charge, la venue d'une aide ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire de petites courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.



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

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

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

22.2.3.5 Déplacement d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé

Mondial Assistance organise et prend en charge le coût d'un Transport aller et retour, d'un Proche désigné par le Bénéficiaire, pour s'occuper du Bénéficiaire, des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans.

OU

22.2.3.6 Transfert du Bénéficiaire au domicile d'un proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le coût d'un Transport aller et retour du Bénéficiaire jusqu'au domicile d'un proche.

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

OU

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

Mondial Assistance organise et prend en charge le coût d'un Transport aller et retour jusqu'au domicile d'un proche désigné par le Bénéficiaire.

Si nécessaire, Mondial Assistance peut prendre en charge le coût d'un Transport d'un proche accompagnant désigné par le Bénéficiaire.

OU

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

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

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

La prestation est rendue par un professionnel agréé dont la mission consiste à garder les enfants du Bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens (à l'exclusion des soins médicaux).

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

Dans le cas où la situation le nécessite (situation soumise à l'appréciation de Mondial Assistance), une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) pourra intervenir.

22.2.3.9 Conduite à l'école et/ou aux activités extra scolaires des enfants de moins de 16 ans fiscalement à charge

Si aucun proche ne peut assurer le Transport des enfants pour se rendre à l'école ou aux activités extra scolaires, Mondial Assistance peut prendre en charge, le Transport en taxi aller retour de l'enfant depuis le Domicile.

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

22.2.3.10 Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants

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

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

22.2.3.11 Portage de repas à la sortie de l'Hospitalisation

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

Ce service n'est pas disponible le samedi, dimanche et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners et dîners ».

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



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

- soit l'intervention d'une aide ménagère pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à l'article 22.2.3.2 Aide à Domicile,
- soit la mise en relation avec un prestataire, sans prise en charge.

Le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire.
Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine hors Corse.

22.2.3.12 Garde au Domicile de l'enfant de moins de 16 ans, fiscalement à charge, malade ou convalescent, suite à une Hospitalisation

La prestation est assurée par un professionnel agréé. Sa mission consiste à garder l'enfant malade ou convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.
La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de garde.
Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 3 heures et peut être fournie entre 8h00 et 19h00 du lundi au samedi, hors jours fériés.

22.2.3.13 Assistance aux animaux de compagnie (chiens et chats, à l'exclusion de tout autre animal)

Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, Mondial Assistance prend en charge, la garde à l'extérieur, de l'animal du Bénéficiaire par un professionnel, frais de nourriture compris.
L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. **Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27 avril 1999 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.**

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

22.2.3.14 Livraison de courses

Mondial Assistance prend en charge, la livraison des courses au Domicile et au plus tard dans les 48 heures suivant la date de sortie de l'Hospitalisation.
Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.
Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

23 – Responsabilité

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

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

Lorsqu'un billet d'avion ou de train a été délivré dans le cadre des prestations, Mondial Assistance dégage toute responsabilité concernant les événements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de destination figurant sur le billet.

24 – Conditions d'application

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

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

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

Mondial Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas de dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire ou de dommages résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense.
Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tous actes, pièces, factures, certificats médicaux, bulletin d'Hospitalisation, etc, de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente Convention.

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



L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser le service.

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

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

24.1 Conditions applicables à certaines prestations

24.1.1 Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

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

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

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s).

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

24.1.2 Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au Domicile

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

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



25 – Exclusions générales

Sont exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- toutes les hospitalisations planifiées notamment l'accouchement lui-même,
- les Hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les Hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance,
- les Hospitalisations pour :
 - les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du Contrat,
 - les maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées (ou) en cours de traitement à la date d'effet du Contrat,
 - les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36^e semaine d'aménorrhée,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les conséquences :
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,
- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- les frais de cure thermale,
- les frais de séjour dans une maison de repos,
- les visites médicales et les frais s'y rapportant,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique) sauf si ces interventions sont consécutives à un accident ou une maladie garantis,
- les affections de longue durée (ALD), les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.



26 – Modalités d'examen des réclamations

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 20043
75379 Paris Cedex 08

Un accusé de réception parviendra à l'assuré dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

27 – Loi Informatique et Libertés

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant au siège de Mondial Assistance :

Mondial Assistance France
Direction technique – service juridique
Tour Galliéni II
36, avenue du Général de Gaulle
93175 Bagnolet Cedex

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.

28 – Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention est :

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)
61, rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

29 – Loi applicable – langue utilisée

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



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



Allianz Vie

Entreprise régie par le Code des assurances.
Société anonyme au capital de 643 054 425 euros.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris.
340 234 962 RCS Paris.

www.allianz.fr

Protexia France

Entreprise régie par le Code des assurances.
Société anonyme au capital de 1 895 248 euros.
Siège social : Tour Neptune - 20, place de Seine
La Défense 1 - 92400 Courbevoie.
382 276 624 RCS Nanterre.

www.allianz.fr



Mondial Assistance France

Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros.
490 381 753 RCS Paris
Siège social : 54, rue de Londres - 75008 Paris
Société de courtage en assurances - Inscription ORIAS 07 026 669.

www.mondial-assistance.fr

Fragonard Assurances

Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 37 207 660 euros.
Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris.
479 065 350 RCS Paris.



ANCRE

48 rue de Provence - 75009 Paris
Association Nationale de Complément de Retraite et d'Épargne
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

www.ancre-vie.com

