

Allianz Prévoyance Entreprise

Notice d'information

COM19895-
VOS/16
06/16

Assurance Allianz

Avec vous de A à Z

Allianz 



Présentation du contrat collectif Prévoyance	3
Article 1 – Préambule	3
Article 2 – Objet du Contrat	3
Article 3 – Les garanties du Contrat	3
3.1 Nature des garanties	3
3.2 Base de calcul des garanties	4
3.3 Définitions préalables	4
Article 4 – Définition des garanties	6
4.1 Garanties en cas de décès	6
4.2 Garanties en cas de décès par accident	9
4.3 Garanties en cas d'arrêt de travail	10
4.4 Risques divers	13
Article 5 – Revalorisation des prestations et du traitement de référence	13
Article 6 – Le tableau de garanties	13
Article 7 – Assistance	13
7.1 Modalités de mise en œuvre des garanties Assistance	14
7.2 Informations téléphoniques	14
7.3 Assistance en cas d'arrêt de travail ou d'hospitalisation	15
7.4 Assistance en cas de décès	16
7.5 Assistance en cas de décès en voyage	16
Article 8 – Plan Accompagnement Entreprise (PAE)	16
8.1 Aide psychosociale pour les salariés et leur conjoint, partenaire ou concubin	16
8.2 Intervention post-traumatique	17
8.3 Coaching téléphonique pour les salariés	17
Article 9 – Action sociale	17
Les dispositions relatives à l'Entreprise	18
Article 10 – L'adhésion de l'Entreprise	18
Article 11 – Effet, durée et renouvellement de l'adhésion	18
Article 12 – Les obligations de l'Entreprise	18
Article 13 – Les cotisations du Contrat	19
13.1 Taux et base de calcul	19
13.2 Paiement des cotisations du Contrat	19
13.3 Non-paiement des cotisations du Contrat	19
Les dispositions relatives aux Salariés	20
Article 14 – L'affiliation du Salarié	20
Article 15 – Entrée en vigueur des garanties	20
Article 16 – Cessation, suspension	20



La portabilité des garanties pour les anciens Salariés	21
Article 17 – Portabilité des garanties prévues au contrat	21
17.1 Objet	21
17.2 Point de départ et durée du maintien des garanties	21
17.3 Formalités à accomplir	21
17.4 Garanties maintenues	21
17.5 Cessation des garanties	21
17.6 Les obligations de l'Entreprise	21
Les risques exclus	22
Article 18 – Exclusions générales	22
Article 19 – Exclusions propres aux garanties en cas d'accident	22
Les formalités en cas de sinistre	23
Article 20 – Documents justificatifs à fournir	23
En cas de décès	23
En cas de perte totale et irréversible d'autonomie	23
En cas de sinistre d'origine accidentelle	23
En cas d'arrêt de travail	23
En cas d'invalidité	23
20.1 La confidentialité médicale	24
Autres dispositions	25
Article 21 – Autres dispositions	25
21.1 Clause de globalisation des résultats	25
21.2 Révision de l'adhésion	25
Article 22 – Territorialité	25
Article 23 – Prescription	25
Article 24 – Recours	26
Article 25 – Médiation et réclamation	27
Article 26 – Autorité de contrôle	27
Article 27 – Service e-courrier	27
Définitions	27
Accès et utilisation du service	27
Durée et résiliation	28
Convention de preuve	28
Stockage des e-courriers	28
Article 28 – Droit d'opposition Des Consommateurs au démarchage téléphonique	29



Présentation du contrat collectif Prévoyance

Article 1 – Préambule

Allianz Prévoyance Entreprise, ci-après désigné « Contrat », est un contrat collectif établi sous le n° 80 005, régi par le Code des assurances, souscrit auprès d'Allianz Vie – dénommée « l'Assureur », par l'Association de Prévoyance Santé (ADPS), association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901, Tour Neptune – CC0804 – 20, place de Seine – La Défense 1 – 92086 Paris La Défense cedex, dénommée « l'association contractante », au profit de ses Entreprises adhérentes, désignées « Entreprises ».

L'ADPS a pour objet :

- de susciter et de développer parmi ses adhérents la prévention en matière de Santé et de Prévoyance et l'épargne en vue de la constitution volontaire de retraite, notamment par la souscription pour ses adhérents Travailleurs Non-Salariés et Professions libérales auprès de l'Entreprise d'assurance partenaire de contrats d'assurance collectifs à adhésion facultative répondant aux besoins de retraite, de prévoyance, de dépendance et de santé de ses adhérents.
- de permettre à ses membres personnes morales d'adhérer au profit de leurs Salariés à des contrats d'assurance de groupe à caractère collectif, dans le cadre de conventions d'assurance souscrites par l'Association auprès de l'Assureur partenaire.
- de participer à la prévention par :
 - la diffusion d'informations et de conseils intéressant la prévoyance.
 - la promotion d'initiatives visant à la formation et à l'éducation en matière de prévoyance.
 - le soutien à la recherche médicale.
 - de rendre ses adhérents et ses membres attentifs à l'évolution et à la maîtrise des dépenses de santé et des pathologies liées au travail (TMS, stress, burn-out etc.).
- de développer l'aide sociale au profit de ses adhérents et éventuellement en faveur d'organismes extérieurs.
- de soutenir par tous moyens :
 - des actions envers les jeunes ou les adultes, dans le cadre de leur préservation, intégration ou réintégration sociale.
 - des actions visant à faire la promotion, la défense et le développement de l'Association.

Le contrat collectif Allianz Prévoyance Entreprise est réservé aux seules Entreprises membres de l'association ADPS à jour de leur cotisation annuelle à l'association.

Le contrat collectif d'assurance prend effet le 1^{er} janvier 2017 et dure jusqu'au 31 décembre 2017. 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 résiliation du contrat collectif, les Entreprises en seront informées moyennant un préavis de 3 mois avant la date d'effet de la résiliation et continueront à bénéficier des garanties souscrites jusqu'au terme de leur adhésion soit le 31 décembre suivant.

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

Article 2 – Objet du Contrat

Le Contrat a pour objet de faire bénéficier les membres du personnel ou d'une catégorie de personnel des Entreprises, dénommés « Assurés », de tout ou partie des garanties définies à l'article 4 « Définition des garanties ».

Article 3 – Les garanties du Contrat

3.1 Nature des garanties

Les garanties proposées par le Contrat couvrent les risques décès, incapacité de travail et invalidité.

Il appartient à l'Entreprise de vérifier que les garanties du Contrat demandées, ajoutées à celles éventuellement souscrites auprès d'autres organismes assureurs, sont conformes à la Convention Collective dont elle relève, et le cas échéant au régime qu'elle a mis en place par accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur.



3.2 Base de calcul des garanties

Le traitement de référence pris en compte pour le calcul des prestations est différencié selon les règles suivantes :

- Sauf mention contraire, il s'agit du salaire annuel brut, égal au montant des salaires ayant donné lieu à paiement des cotisations, au cours des douze derniers mois civils consécutifs précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.
- Pour la détermination des prestations en cas d'invalidité, il s'agit du salaire annuel net, égal au salaire brut susvisé diminué des retenues salariales légales ou conventionnelles à caractère obligatoire.
- Si son montant est réduit ou nul du fait d'absence pour maladie, accident, congé maternité ou paternité, il est reconstitué dans la limite de celui correspondant à l'horaire normal d'activité de l'Assuré au cours des douze derniers mois civils consécutifs antérieurs à l'absence.
- Lorsque l'Entreprise ne peut justifier de douze mois consécutifs de cotisation pour l'Assuré jusqu'à la date de l'événement (embauche ou mise en place du régime), le traitement annuel est égal à douze fois la moyenne mensuelle du salaire perçu depuis la date d'effet des garanties.
- Si le traitement de référence comporte des sommes devenues exigibles du fait d'une rupture du contrat de travail, l'Assureur ne prend pas celles-ci en compte.

3.3 Définitions préalables

Traitement de référence

Le traitement de référence sert de base au calcul des cotisations et des prestations. Il est constitué de l'ensemble des salaires bruts versés et déclarés par l'Entreprise à l'administration fiscale au titre de la période retenue. Il est réparti, le cas échéant, selon les tranches de rémunération suivantes :

- Tranche A ou « TA » : limitée au plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale,
- Tranche B ou « TB » : comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale,
- Tranche C ou « TC » : comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Accident

Chaque fois que les garanties ou le montant des prestations s'y réfèrent, est considéré comme « accident », toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

La preuve de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s) des prestations et toute classification d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'Assureur.

Contrôle médical et arbitrage

L'Assureur a la possibilité d'apprécier par une expertise médicale le bien-fondé des états suivants :

- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- Incapacité ou invalidité de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause

L'Assureur peut refuser, interrompre ou réduire le droit aux prestations, en raison des conclusions de ses médecins et experts, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme. Les conclusions des médecins et experts désignés par l'Assureur reposent sur des critères d'appréciation de l'état de santé de l'Assuré différents de ceux retenus par la Sécurité sociale, dont la gestion des risques garantis s'opère distinctement de celle faite par l'Assureur.

L'Assuré doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen que l'Assureur demande, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les DOM-COM si l'Assuré y réside de façon permanente) à défaut, l'Assuré s'expose à la suspension du service des prestations.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin conseil sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; il peut en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée au médecin conseil de l'Assureur par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'Assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'Assuré et le médecin délégué par l'Assureur.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, l'Assuré et l'Assureur choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin et, par moitié, ceux du médecin arbitre.



Le conjoint

Est considéré comme conjoint, le conjoint de l'Assuré marié. Lorsque le/la partenaire défini ci-après ou le concubin de l'assuré sont concernés par une prestation, ceux-ci sont, le cas échéant, expressément visés.

Le Partenaire (PACS)

Est considéré comme Partenaire, la personne liée à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité au sens de l'article 515-1 du code civil. Le PACS est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune.

Le concubin

Est considéré comme concubin, la personne vivant maritalement avec l'Assuré sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient remplies :

- Qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
- Qu'ils n'aient pas conclu de PACS,
- Que l'Assuré ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production d'un justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif (exemple : quittance de loyer aux deux noms).

En outre, pour la détermination des capitaux décès, la preuve de vie maritale devra dater de plus d'un an à la date du sinistre.

Les enfants à charge

Toute référence aux enfants à charge concerne les enfants de l'Assuré et ceux de son conjoint (ou de son partenaire ou de son concubin déclaré, à défaut de conjoint), qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis, lorsqu'ils sont fiscalement à charge de l'Assuré :

- s'ils sont mineurs ou titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles,
- ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 26 ans,
 - ne pas être Salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail sauf, lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi dont la rémunération mensuelle est inférieure à 80 % du SMIC (emploi occasionnel ou dans le cadre d'une formation en alternance),
- ainsi que l'enfant de l'Assuré né viable moins de 300 jours après le décès de celui-ci.

Les enfants considérés comme fiscalement à charge de l'Assuré, sont ceux :

- pris en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu de l'Assuré,
- recevant de l'Assuré une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu de celui-ci,
- légitimes, adoptés ou reconnus par l'Assuré, s'ils sont fiscalement à charge de son conjoint ou de son partenaire ou de son concubin.

Les personnes à charge

Sont considérées comme personnes à charge :

- Les enfants tels que définis ci-dessus,
- Les ascendants pris en compte pour la détermination du nombre de parts dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable par l'Assuré.

Lorsque le calcul des prestations tient compte de la situation de famille ou des personnes à charge de l'Assuré, celles-ci sont appréciées à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Les membres de la famille

Sont considérés comme membres de la famille :

- Le conjoint tel que défini ci-avant,
- Les enfants à charge tels que défini ci-avant,
- Les ascendants à charge du salarié ou de son conjoint au sens de la Sécurité sociale.



Article 4 – Définition des garanties

4.1 Garanties en cas de décès

4.1.1 Bénéficiaires en cas de décès

L'Assuré désigne le(s) bénéficiaire(s) lors de l'affiliation au Contrat.

Sauf désignation bénéficiaire contraire, le(s) bénéficiaire(s) des capitaux garantis en cas de décès de l'Assuré est (sont) :

- le conjoint non séparé de corps de l'Assuré(e) marié,
- à défaut, le partenaire lié à l'Assuré(e) par un PACS,
- à défaut, les enfants de l'Assuré(e) nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, les père et mère de l'Assuré(e), par parts égales entre eux, ou, le survivant en cas de prédécès,
- à défaut, les héritiers de l'assuré(e).

À tout moment, l'Assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf en cas d'acceptation par le(s) bénéficiaire(s).

Si l'assuré souhaite désigner son concubin comme bénéficiaire du capital en cas de décès, il est invité à le faire de façon nominative en suivant les recommandations mentionnées ci-après.

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 cette clause.

Lorsque le(s) bénéficiaire(s) est/sont nommément désignés, l'Assuré est invité à indiquer dans la clause leurs noms, prénoms, noms de jeune fille, date et lieu de naissance et coordonnées. Ces informations, utilisées par l'Assureur en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du(des) bénéficiaire(s).

Acceptation de la désignation - Modalités d'acceptation :

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'Assuré, le(les) bénéficiaire(s) et l'Assureur,
- soit par un acte sous seing privé signé par l'Assuré(e) et le(les) bénéficiaire(s), et notifié à l'assureur.

Après le décès de l'Assuré : l'acceptation est libre.

Lorsque la désignation libre est caduque, la clause-type ci-dessus est applicable.

En cas de décès de l'Assuré

En application de l'article L.132-5 du Code des assurances, les capitaux décès dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

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

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

Règlement du capital

Le règlement du capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces.

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

Transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations

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



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

4.1.2 Capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

En cas de décès de l'Assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant peut être déterminé en fonction de la situation matrimoniale de l'Assuré au jour de son décès.

Ce montant est fixé dans le tableau de garanties.

En cas de décès d'un Assuré et du ou de plusieurs bénéficiaires du capital garanti et/ou de la majoration en cas de personne à charge au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Assuré est présumé être décédé le premier pour la détermination à la fois du montant et des bénéficiaires du capital garanti et des éventuelles majorations.

Le Capital prévu en cas de décès, tenant compte des éventuelles personnes à charge, est intégralement versé par anticipation à l'Assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

L'Assuré est réputé atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, lorsqu'il remplit les conditions cumulatives suivantes :

- l'Assureur l'a reconnu comme définitivement et totalement incapable d'exercer une profession quelconque et il doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
- il a reçu la notification par la Sécurité sociale de son classement en 3^{ème} catégorie d'invalidité (invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie), ou, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de la reconnaissance d'une incapacité permanente d'au moins 66 % avec majoration pour l'assistance d'une tierce personne.

La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par la Sécurité sociale.

Lorsque ce capital est versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus des garanties en cas de décès au titre du présent article.

Transformation du capital décès en rente viagère sur demande du bénéficiaire

Préalablement à tout règlement, et sur demande à l'Assureur du bénéficiaire, le capital garanti (hors majoration pour personne à charge) peut être payé sous forme de rente viagère.

La rente viagère, obtenue après application des barèmes prévus à l'article A 335-1 du Code des assurances, des taux techniques en vigueur à sa date d'effet et des frais de gestion fixés à 3 % du montant des arrérages, est versée trimestriellement à terme échu jusqu'au jour du décès du bénéficiaire sur présentation d'un extrait d'acte de naissance chaque année. Toutefois il est précisé que la demande de transformation du capital en rente pourra être acceptée par l'Assureur, si et seulement si, le montant des arrérages de rentes qui résulte de la transformation du capital en rente, est supérieur à celui prévu à l'article A 160-2 du Code des assurances.

Versement de la majoration du capital pour personne à charge en cas de décès de l'Assuré

La part de majoration du capital correspondante aux personnes à charge ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour son calcul. Elle est donc versée soit directement à chaque personne à charge, soit à son représentant légal, si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

Spécificité pour les enfants à charge :

Préalablement à tout règlement, et sur demande à l'Assureur de l'enfant à charge ou de son représentant légal, la majoration peut être versée sous forme de rente temporaire.

Cette rente, obtenue après application des barèmes prévus à l'article A 335-1 du Code des assurances, des taux techniques en vigueur chez l'Assureur à sa date d'effet et des frais de gestion fixés à 3 % du montant des arrérages, est versée trimestriellement à terme échu sous forme de rente temporaire jusqu'au 18^{ème} anniversaire de l'enfant prorogé jusqu'au 26^{ème} anniversaire dudit enfant en cas de poursuite d'études et au plus tard jusqu'au jour de son décès s'il intervient avant. Un extrait d'acte de naissance devra être présenté chaque année. Toutefois il est précisé que la demande de transformation du capital en rente pourra être acceptée par l'assureur, si et seulement si, le montant des arrérages de rentes qui résulte de la transformation du capital en rente, est supérieur à celui prévu à l'article A 160-2 du Code des assurances.

4.1.3 Capital en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (Double effet)

Lorsque le conjoint, le partenaire ou le concubin de l'Assuré décédé, décède, alors qu'un ou plusieurs enfants, qui étaient à la charge de l'Assuré décédé, demeuraient à sa charge, l'Assureur verse à ces derniers un capital, dont le montant est fixé dans le tableau de garanties. Ce capital est réparti par part égales entre les enfants précités.



Le versement de la prestation est subordonné au fait que :

- le Contrat soit en vigueur à la date du décès du conjoint, du partenaire ou du concubin de l'Assuré décédé.
- l'un quelconque des enfants bénéficiaires demeure à la charge de ce dernier, selon les mêmes critères que ceux définissant les enfants à charge de l'Assuré.

La prestation est également versée si l'Assuré et son conjoint, son partenaire ou son concubin viennent à décéder ensemble, au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Le traitement de référence pris en considération pour le calcul de la prestation est celui déterminé à la date du décès de l'Assuré, revalorisé dans les conditions prévues à l'article 5 (Revalorisation des prestations et du traitement de référence).

4.1.4 Capital en cas de prédécès du conjoint

En cas de décès du conjoint de l'Assuré, un capital, dont le montant est fixé dans le tableau de garanties, est versé à l'Assuré.

4.1.5 Indemnité en cas de prédécès d'un enfant à charge

En cas de décès d'un enfant à charge de l'Assuré, une indemnité, dont le montant est fixé dans le tableau de garanties, est versée à l'Assuré dans la limite des frais d'obsèques exposés et sur remise des pièces justificatives.

Le montant versé est en tout état de cause limité aux frais réellement exposés.

4.1.6 Rente d'éducation (y compris Rente Éducation enfant handicapé)

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré, il est versé, à chacun des enfants qui étaient à sa charge au moment du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, une rente temporaire dont le montant annuel est fixé dans le tableau de garanties.

La rente prend effet le jour suivant le décès.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis. Les trimestrialités sont versées :

- au représentant légal de l'enfant si ce dernier est âgé de moins de 18 ans,
- à l'enfant lui-même s'il est âgé d'au moins 18 ans.

La rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article 4.1.10.

Le versement de la rente cesse à compter du jour où l'enfant atteint ses 18 ans et, en tout état de cause, au plus tard le jour de son 26^{ème} anniversaire, lorsqu'il poursuit des études.

La rente d'éducation est viagère pour les enfants à charge, handicapés titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

4.1.7 Rente d'Orphelin de Père et de Mère

Cette garantie est uniquement souscrite dans le cas où l'Entreprise dépend d'une Convention Collective Nationale l'imposant.

Suite au décès de l'Assuré, si son conjoint décède, une rente temporaire est versée à chacun des enfants qui étaient à la charge de l'Assuré et demeurés à la charge du conjoint jusqu'au jour du décès de ce dernier.

En cas de décès de l'Assuré et de son conjoint survenant au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le conjoint est présumé avoir survécu pour l'application de la présente garantie.

La rente prend effet le jour qui suit le décès du conjoint bénéficiaire.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 4.1.6 ci-dessus.

Le montant annuel de la rente est fixé dans le tableau de garanties et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article 4.1.10 ci-dessous.

4.1.8 Rente temporaire de conjoint

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré marié, une rente temporaire est versée à son conjoint s'il ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier des pensions de réversion du régime de retraite complémentaire de l'Assuré décédé – Régime de l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) ou de l'ARRCO (Association des Régimes de Retraites Complémentaires).

La rente prend effet le jour suivant le décès. Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premiers et derniers paiements étant effectués au prorata temporis.

Selon le choix retenu par l'Entreprise, cette rente peut être :

- Fixe : son montant est uniquement basé sur le traitement de référence.



- Variable : son montant tient alors compte de l'âge de l'Assuré à son décès.
- Pleine réversion : son montant est calculé sur la base de la carrière effectuée de l'Assuré et donc sur le nombre de points réellement acquis auprès des régimes de retraite.

La rente cesse d'être due à la date de liquidation :

- de la pension de réversion du régime de l'ARRCO pour les Non Cadres et pour les Cadres, pour la fraction du traitement de référence limité au plafond du régime général de la Sécurité sociale.
- et de la pension de réversion du régime de l'AGIRC pour les Cadres, pour la fraction du traitement de référence dépassant le plafond du régime général de la Sécurité sociale, et, en tout état de cause, au décès du conjoint bénéficiaire.

Le montant annuel de la rente est fixé dans le tableau de garanties et est revalorisé dans les conditions prévues à l'article 4.1.10 ci-dessous.

4.1.9 Rente viagère de conjoint

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré marié, une rente à vie, dont le montant annuel est fixé dans le tableau de garanties, est versée à son conjoint.

La rente prend effet le jour suivant le décès.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis.

Selon le choix retenu par l'Entreprise, cette rente peut être :

- Fixe : son montant est uniquement basé sur le traitement de référence.
- Variable : son montant tient alors compte de l'âge de l'Assuré à son décès.
- Pleine réversion : son montant est calculé sur la base des points que l'Assuré aurait pu acquérir s'il avait continué à vivre, sur la base d'un taux de cotisation aux régimes de retraite complémentaires (AGIRC et ARRCO) de 8 % de la tranche A et de 16 % des tranches B et C du traitement de référence défini à l'article 3.3. Elle est destinée à prendre en compte la part de réversion non prise en charge par les régimes de retraite.

La rente cesse d'être due au décès du conjoint bénéficiaire.

La rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article 4.1.10 ci-dessous.

4.1.10 Revalorisation des rentes

Le montant des prestations versées sous forme de rente pour les garanties en cas de décès est revalorisé, au plus tôt, six mois après le décès, en fonction des modifications de la valeur du point de retraite.

Les revalorisations des rentes sont effectuées chaque année suivant la valeur objective de l'indice défini dans le tableau de garanties.

À la date de résiliation du contrat ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, l'Assureur cesse de revaloriser les rentes en cours de service ; le niveau des revalorisations est alors maintenu à celui atteint à cette date.

4.1.11 Forfait Obsèques

En cas de décès de l'Assuré, de son conjoint, de son partenaire, de son concubin déclaré, ou d'un enfant à charge, l'Assureur verse une allocation dont le montant est fixé dans le tableau de garanties.

Cette allocation est versée, dans la limite des frais exposés, à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives.

Sauf en cas de décès d'un enfant à charge, le surplus éventuel par rapport aux frais exposés est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'Assuré ou à l'Assuré lui-même dans les autres cas.

En cas de décès d'un enfant à charge (voir définition ci-dessus), le montant versé est en tout état de cause limité aux frais réellement exposés.

4.2 Garanties en cas de décès par accident

4.2.1 Capital supplémentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident

Lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un accident, à condition toutefois qu'il survienne, au plus tard, un an après la date de l'accident, un capital supplémentaire, dont le montant est fixé dans le tableau de garanties, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même, si dans les trois ans suivant la date de l'accident survenu dans les conditions précitées, l'Assureur le reconnaît atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie.



Pour ouvrir droit à la prestation, tout accident susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital doit être déclaré dans les douze mois suivant sa survenance sous réserve que l'Assureur apporte la preuve d'avoir subi un préjudice.

Lorsque ce capital a été versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus des garanties en cas de décès accidentel au titre du présent article.

4.2.2 Capital supplémentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident de la circulation

Lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un accident de la circulation, à condition toutefois qu'il survienne, au plus tard, un an après la date de l'accident de la circulation, un capital supplémentaire, dont le montant est fixé dans le tableau de garanties, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même, si dans les trois ans suivant la date de l'accident de la circulation survenu dans les conditions précitées, l'Assureur le reconnaît atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie.

Pour ouvrir droit à la prestation, tout accident de la circulation susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital doit être déclaré dans les douze mois suivant sa survenance.

Lorsque ce capital a été versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus des garanties en cas de décès accidentel de la circulation au titre du présent article.

4.3 Garanties en cas d'arrêt de travail

4.3.1 Règles communes

Objet

La garantie a pour objet le service de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un Assuré, par suite de maladie ou d'accident. Ces prestations ont un caractère indemnitaire.

La garantie comporte, le paiement :

- d'indemnités quotidiennes en cas d'arrêt de travail,
- d'une rente d'invalidité si l'Assuré est dans l'impossibilité physique ou mentale, totale ou partielle, d'exercer normalement une activité professionnelle.

En aucun cas des indemnités quotidiennes et une rente d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ou une rente d'incapacité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 66 % (au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle), ne peuvent être versées simultanément.

Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Assureur au plus tard dans les deux mois suivant l'expiration du délai de franchise prévu dans le tableau de garanties. Passé ce délai, l'arrêt de travail sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration, dès lors que l'Assureur apporte la preuve d'avoir subi un préjudice.

Calcul

Le cumul des sommes que l'Assureur verse et de toutes celles versées en rémunération d'un travail ou correspondant à un revenu de substitution, ne peut excéder :

- En cas d'incapacité sans rupture du contrat de travail, 100 % du traitement de référence brut de l'Assuré,
- En cas d'invalidité ainsi que, dans tous les cas, après rupture du contrat de travail, 100 % du traitement de référence net de l'Assuré.

Le dépassement éventuel réduit d'autant notre prestation.

Toutefois, si l'Assuré poursuit une activité salariée à temps partiel, l'application de la règle de cumul ci-dessus ne pourra pas entraîner la révision à la baisse de la prestation de l'Assureur en cas d'augmentation du salaire de l'Assuré (sauf si cette augmentation résulte d'un allongement de son temps de travail effectif).

4.3.2 Incapacité temporaire

Service

En cas d'arrêt de travail d'un Assuré par suite d'incapacité, donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, l'Assureur règle à l'Entreprise qui verse à l'Assuré des indemnités quotidiennes calculées dans les conditions fixées dans le tableau de garanties.

En cas de rupture du contrat de travail de l'Assuré, l'Assureur lui verse directement les indemnités quotidiennes.



Il est précisé que :

- Si l'incapacité de travail survient hors de l'Espace Économique Européen :
 - en cas d'hospitalisation, les indemnités quotidiennes ne seront payées que pendant la durée de l'hospitalisation après expiration du délai de franchise fixé dans le tableau de garanties,
 - dans les autres cas, les indemnités quotidiennes ne seront dues que pour les journées d'incapacité postérieures au rapatriement de l'Assuré en France ou dans l'Espace Économique Européen, les Principautés de Monaco et d'Andorre, Saint Marin, le Vatican, la Suisse.
- Le congé légal de maternité ou de paternité n'ouvre pas droit au versement des indemnités quotidiennes.

Les indemnités quotidiennes cessent d'être dues :

- si la Sécurité sociale cesse le versement des indemnités journalières.
- en cas de reprise de travail à temps complet, ou lorsque l'Assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet.
- à la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité, de la pension de vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail sauf pour l'Assuré en cumul emploi-retraite.
- si en cas de contrôle par l'Assureur, l'arrêt est injustifié.

Franchise

Le droit aux prestations prend effet selon les franchises indiquées dans le tableau de garanties, y compris éventuellement le cas d'arrêt de travail par suite de maladie sans hospitalisation et le cas d'accident ou d'hospitalisation de plus de 3 jours. L'Assureur prend en compte les périodes de mi-temps thérapeutiques indemnisées par la Sécurité sociale dans le calcul de la franchise.

Les franchises se décomposent en 4 types de relais :

- Sans relais, franchise continue : Les indemnités quotidiennes versées par l'Assureur viennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale, à l'expiration du délai de franchise.
- Sans relais, franchise discontinue : Les indemnités quotidiennes versées par l'Assureur viennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale, à l'expiration du délai de franchise. En cas de franchise discontinue, sont inclus dans le délai de franchise, les arrêts, pour incapacité temporaire totale, intervenus au cours des 365 jours précédant l'arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit à prestation.
- Relais Convention Collective Nationale (période plein salaire) :
 - Salarié bénéficiant des accords en vigueur dans la branche d'activité dont relève l'entreprise et mentionnée dans le tableau de garanties. L'indemnité quotidienne est versée à compter de l'expiration de la période de plein salaire résultant de l'accord de branche en vigueur dont relève l'entreprise.
 - Salarié ayant une ancienneté qui ne permet pas de bénéficier des accords en vigueur dans la branche d'activité dont relève l'entreprise et mentionnée dans le tableau de garanties. L'indemnité quotidienne est versée à compter de l'expiration d'un nombre de jours d'arrêt continu et total de travail mentionné dans le tableau de garanties.
- Relais Convention Collective Nationale (derniers droits) :
 - Salarié bénéficiant des accords en vigueur dans la branche d'activité dont relève l'entreprise et mentionnée dans le tableau de garanties. L'indemnité quotidienne est versée à compter de l'expiration de la période de plein salaire et de salaire partiel résultant de l'accord de branche en vigueur dont relève l'entreprise.
 - Salarié ayant une ancienneté qui ne permet pas de bénéficier des accords en vigueur dans la branche d'activité dont relève l'entreprise et mentionnée dans le tableau de garanties. L'indemnité quotidienne est versée à compter de l'expiration d'un nombre de jours d'arrêt continu et total de travail mentionné dans le tableau de garanties.

A la demande de l'Entreprise, lors de la souscription d'une garantie Arrêt de travail avec franchise plein salaire ou derniers droits, il est possible de souscrire à une garantie optionnelle, à savoir la couverture en incapacité des salariés ayant une ancienneté de moins d'un an.

Montant

Le montant initial de la prestation lorsque l'Assuré perçoit l'indemnité journalière versée au titre de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale pour incapacité totale de travail est défini dans le tableau de garanties.

La prestation quotidienne est égale à la différence entre le pourcentage, du traitement de référence brut journalier, indiqué dans le tableau de garanties et celui du paiement dû par la Sécurité sociale.

Dans le cas de maintien de salaire par l'Entreprise, le montant de la prestation est égale à la différence entre le montant indiqué dans le tableau de garanties et celui du paiement dû par la Sécurité sociale ainsi que du salaire partiel éventuellement maintenu par l'Entreprise en application de la Convention Collective cité dans le tableau de garanties.

Si l'incapacité est imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et indemnisée à ce titre par la Sécurité sociale, l'Assureur complète l'indemnité allouée par cette dernière à concurrence du montant total des indemnités (Sécurité sociale et Assureur) qu'aurait perçues l'Assuré dans le cas précédent.



Cas de la reprise partielle d'activité :

Si le salarié est autorisé à exercer une activité partielle et que la Sécurité sociale poursuit son indemnisation, le montant de la prestation versé par l'Assureur est limité et est égal à la différence entre :

- la base de calcul des prestations,
- le cumul des indemnités versées par la Sécurité sociale et du salaire versé par l'Entreprise au titre de l'activité partielle exercée par le salarié, ou des indemnités payées par Pôle emploi (ex ASSEDIC).

Rechute

En cas de reprise du travail par l'Assuré dans l'Entreprise suivie moins de deux mois après cette date d'un nouvel arrêt pour la même cause, l'Assureur reprend le service des prestations sur les mêmes bases, sans application du délai de franchise :

- si le Contrat est toujours en vigueur,
- et si la Sécurité sociale verse des indemnités quotidiennes pour ce nouvel arrêt.

4.3.3 Rente d'invalidité

Définition

L'Assuré a droit au versement d'une rente d'invalidité, lorsque l'Assureur reconnaît qu'il remplit les critères ci-après :

- **invalidité d'origine non professionnelle**, lorsque l'assuré répond aux critères d'attribution d'une pension d'invalidité fixés à l'article L 341-1 du Code de la Sécurité sociale,
- **invalidité d'origine professionnelle** lorsque la Sécurité sociale attribue à l'assuré un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33 % selon la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

L'Assureur procède au classement de l'invalidité dans l'une des trois catégories suivantes :

	Invalidité permanente d'origine non professionnelle	Invalidité permanente d'origine professionnelle
1 ^{ère} catégorie	Invalide capable d'exercer une activité rémunérée	Taux d'incapacité permanente compris entre 33 % et 66 %
2 ^{ème} catégorie	Invalide absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle	Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 %
3 ^{ème} catégorie	Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, doit en outre recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie	Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66 % et obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie

En outre, pour bénéficier des prestations, l'assuré doit, au titre de son invalidité, percevoir les rentes ou pensions versées par la Sécurité sociale. Il est précisé que l'assureur n'est pas tenu par les décisions prises par la Sécurité sociale, et se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues au paragraphe « Contrôle médical et arbitrage » de l'article 3.3 Définitions préalables. En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage prévue à ce même article.

Montant

Le montant initial de la prestation est déterminé dans le tableau de garanties, en fonction du salaire annuel net tel que défini à l'article 3.2 et revalorisé, à la date de l'invalidité, dans les conditions définies à l'article 4.1.10 et selon le classement de l'assuré dans l'une des trois catégories d'invalides telles que définies au paragraphe précédent.

Si bien qu'étant invalide, l'assuré exerce une activité professionnelle et que la Sécurité sociale verse une prestation d'invalidité ou d'incapacité permanente, la rente versée par l'assureur sera limitée à la différence entre :

- la base de calcul des prestations éventuellement revalorisée selon l'augmentation de la valeur du point AGIRC (ou s'il est différent selon l'indice défini dans le tableau de garanties),
- le cumul de la rente versée par la Sécurité sociale et du salaire ou des indemnités payées par Pôle emploi.

En tout état de cause, le cumul des sommes versées par l'assureur et de toutes celles versées en rémunération d'un travail ou correspondant à un revenu de substitution ne pourra dépasser 100 % du traitement de référence net de l'Assuré.

La garantie invalidité ne peut être souscrite sans la garantie incapacité temporaire.

Service

La rente est versée mensuellement à terme échu à l'Assuré, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis.



Elle cesse d'être due dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- si l'état d'invalidité de l'Assuré ne répond plus aux conditions ci-dessus, et notamment si la Sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité.
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'assuré n'est pas atteint d'une invalidité permanente.
- ou à la date d'attribution par la Sécurité sociale de la pension de vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail sauf pour l'Assuré en cumul emploi-retraite.

4.3.4 Maintien des garanties décès pour les assurés en arrêt de travail

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un Assuré, les garanties en cas de décès, y compris le paiement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, lui sont maintenues aussi longtemps qu'il se trouve dans cette situation, même après résiliation du présent contrat, dans les conditions suivantes :

- Pour être reconnues comme telles, l'incapacité ou l'invalidité doivent être de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité prévues ci-avant que l'Entreprise ait ou non souscrit ces garanties.
- Les garanties maintenues sont celles en vigueur la veille du premier jour d'arrêt de travail de l'Assuré.

Outre les cas prévus par chacune d'elles, les garanties maintenues cessent dès que l'incapacité ou l'invalidité de l'Assuré n'est plus de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité, que l'Entreprise ait ou non souscrit ces garanties.

4.4 Risques divers

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

Cette garantie a pour objet le paiement d'un Capital Invalidité lorsque l'assuré est reconnu, en invalidité à la suite d'un accident ou d'une maladie.

La définition de l'invalidité et son évaluation sont spécifiées précédemment dans le paragraphe 4.3.3.

Le capital versé est déterminé comme suit :

- Le montant du capital versé est égal à un pourcentage du traitement de référence de l'assuré, dont le taux est spécifié dans le tableau de garanties.
- Si l'état de santé de l'assuré se dégrade alors qu'il a déjà bénéficié d'un capital au titre de la garantie, l'assureur peut établir un nouveau classement de l'assuré en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité.

Dans cette hypothèse, si pour la nouvelle catégorie d'invalidité établie, le montant du capital garanti est supérieur, l'Assureur procédera au versement d'un capital supplémentaire pour atteindre le capital dû en cas de classement en invalidité de 2^{ème} ou de 3^{ème} catégorie. Dans le cas contraire, aucun capital supplémentaire ne sera alors versé.

Article 5 – Revalorisation des prestations et du traitement de référence

Le montant des indemnités quotidiennes, de la rente d'invalidité et du traitement de référence des garanties en cas de décès est revalorisé, au plus tôt, six mois, jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'Assuré (ou de son décès pour la garantie Capital en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint), puis, lors de chaque modification de la valeur de l'indice définit dans le tableau de garanties.

À la date de résiliation du contrat ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, l'Assureur cesse de revaloriser ; le niveau des revalorisations est alors maintenu à celui atteint à cette date.

Article 6 – Le tableau de garanties

Les prestations sont exprimées en pourcentage du traitement de référence ou d'un montant forfaitaire sauf lorsque le contraire est précisé.

Les garanties choisies par l'Entreprise sont détaillées dans le tableau de garanties annexé à la présente Notice d'information.

Article 7 – Assistance

Les services d'assistance du contrat Prévoyance ont pour vocation de faciliter au quotidien la vie de l'assuré en lui apportant de l'information pratique et personnalisée sur des sujets qui le concernent, des prestations en cas d'hospitalisation et un accompagnement spécifique en cas de maladie grave.



Le Bénéficiaire dispose d'une ligne dédiée 7 j/7, 24 h/24 au 01.40.25.58.63 (appel non surtaxé). Pour permettre son identification, le numéro de contrat souscrit par son Entreprise sera demandé ainsi que le N° de protocole Allianz : 920 716.

7.1 Modalités de mise en œuvre des garanties Assistance

Allianz Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. L'Assuré et les membres de sa famille doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec ces derniers.

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

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

Seules seront prises en charge les prestations qui auront fait l'objet d'une demande préalable auprès d'Allianz Assistance.

L'Assuré, son conjoint, son partenaire ou son concubin s'engage à fournir à Allianz Assistance, dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des garanties décrites ci-après.

À défaut, Allianz Assistance serait en droit de réclamer à l'Assuré ou son conjoint le remboursement des frais exposés.

Sauf mention contraire, les transports pris en charge s'effectuent par train ou par avion en classe touristique.

Le bénéfice de l'ensemble des prestations d'Assistance est ouvert uniquement :

- pour les événements survenus en France métropolitaine et Principautés d'Andorre et Monaco, à l'exception des prestations « En cas de décès en voyage » qui sont ouvertes dans le monde entier,
- pour les événements postérieurs à la date d'entrée en vigueur du contrat.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

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

Les informations fournies par Allianz Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. Allianz Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

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

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches ; Allianz Assistance s'engage alors à répondre dans un délai de deux jours ouvrés.

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

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

La prestation « Aide pédagogique » n'étant pas conçue pour servir les convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par Allianz Assistance pour sa réalisation.

7.2 Informations téléphoniques

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, l'Assuré ou un membre de sa famille, trouvera auprès des spécialistes d'Allianz Assistance, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

- le décès : le décès à l'hôpital / le décès à domicile, la constatation du décès, les dons d'organes, la conservation du corps, le transport du corps, les chambres funéraires,
- les obsèques : les sociétés de pompes funèbres, les sociétés de marbrerie funéraire, la préparation des obsèques, le choix du cercueil et des accessoires, les concessions, la crémation, les cérémonies civiles ou religieuses,
- les démarches de succession : le règlement des frais d'obsèques, le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt, les formalités auprès des organismes (Caisse de Retraite, employeur, Pôle emploi, établissements financiers, Sécurité sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale...), les déclarations à la mairie,
- le règlement de la succession : les options offertes aux héritiers et leurs conséquences, l'ordre de succession et les modalités d'attribution, les règles applicables, générales et particulières,
- les droits de succession : les biens à déclarer, la détermination de l'actif successoral taxable, le paiement des droits et le contrôle du fisc,
- les droits du conjoint et de ses enfants en cas de décès,
- la santé : les problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids, le groupe sanguin, la grossesse et l'accouchement, les maladies infantiles, les vaccinations, les maladies du 3^{ème} et du 4^{ème} âge, l'alimentation, les informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, la santé en voyage, les pathologies (ex : Parkinson, Alzheimer, autisme, allergies, sida...),



- le handicap : les formalités administratives, le transport, les impôts, le matériel technique adéquat, l'adaptation du logement, l'hébergement, la formation, les droits et démarches en matière d'emploi, à qui s'adresser concrètement, les aides légales, les loisirs et la vie culturelle,
- l'offre de soins hospitaliers en France métropolitaine : les coordonnées des établissements hospitaliers ou cliniques proches du domicile de l'Assuré qui proposent une prise en charge pour la ou les pathologie(s) indiquée(s), tels que répertoriés dans l'étude réalisée chaque année par le magazine Le Point.

Il est précisé que ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin. Aucun avis quant au choix thérapeutique du médecin traitant ne sera communiqué.

7.3 Assistance en cas d'arrêt de travail ou d'hospitalisation

En cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours consécutifs de l'Assuré ou d'un membre de sa famille, attesté par un certificat médical, ou en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 3 jours de l'Assuré ou d'un membre de sa famille, attestée par le bulletin d'hospitalisation, et si aucun proche n'est disponible sur place, Allianz Assistance organise et prend en charge :

- l'information à la famille ou aux personnes préalablement désignées par l'Assuré ou son conjoint du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles. Cette prestation est limitée à 5 messages par année civile.
- la présence d'un proche au chevet de l'Assuré ou d'un membre de sa famille : voyage aller et retour d'un proche désigné par l'Assuré, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet et le séjour à l'hôtel de la personne désignée dans les limites d'un forfait de 250 euros. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement par Allianz Assistance.
- la garde au domicile des enfants à charge de moins de 15 ans, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 5 jours par hospitalisation ou par arrêt de travail garantis. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile de l'Assuré, et peut être fournie entre 7h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. À l'issue de cette prestation et si l'arrêt de travail ou l'hospitalisation doit se prolonger, Allianz Assistance pourra organiser soit la présence d'un proche au domicile, soit le transfert des enfants chez un proche.
- la présence d'un proche au domicile pour s'occuper des enfants à charge de moins de 15 ans (voyage aller et retour d'un proche désigné par l'Assuré, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco), cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants chez un proche ».
- le transfert des enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche désigné par l'Assuré (voyage aller et retour, en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par l'Assuré ou un correspondant d'Allianz Assistance). Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile ».
- une veille sur les ascendants à charge par une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures par hospitalisation ou par arrêt de travail garantis et par année civile.

Chaque prestation de la personne de compagnie dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile de l'Assuré, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

- la livraison de médicaments en urgence : achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24 heures et immédiatement nécessaires à l'Assuré ou aux membres de sa famille. Allianz Assistance fait l'avance du coût de ces médicaments, que l'Assuré ou son conjoint devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.
- l'aide-ménagère à domicile, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures par année civile.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile de l'Assuré, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile de l'Assuré.

En outre, en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours consécutifs de l'Assuré ou d'un membre de sa famille, attesté par un certificat médical, ou d'hospitalisation imprévue de l'Assuré, de son conjoint ou d'un enfant à charge âgé de plus de 15 ans, de plus de 15 jours consécutifs attestée par le bulletin d'hospitalisation, Allianz Assistance organise et prend en charge la téléassistance ponctuelle : mise à disposition au domicile d'un dispositif de téléassistance pendant 3 mois si l'Assuré ou le membre de sa famille est isolé pendant sa convalescence.



7.4 Assistance en cas de décès

En cas de décès de l'Assuré ou de son conjoint, Allianz Assistance organise et prend en charge pour les enfants à charge âgés de moins de 15 ans, si aucun proche sur place n'est en mesure de s'occuper d'eux :

- la présence d'un proche au domicile de l'Assuré pour s'occuper des enfants (voyage, aller et retour d'un proche désigné par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco).
Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des enfants chez un proche » et « Garde au domicile des enfants », le transfert des enfants chez un proche (voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par la famille ou un correspondant d'Allianz Assistance).
Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile de l'Assuré » et « Garde au domicile des enfants ».
- la garde au domicile des enfants, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 60 heures pouvant être réparties selon les besoins.
Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile de l'Assuré, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.
La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante.
Sa mission consiste à garder l'enfant au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

7.5 Assistance en cas de décès en voyage

En cas de décès de l'Assuré ou d'un membre de sa famille, au cours d'un voyage, à plus de 100 kilomètres du domicile de l'Assuré, Allianz Assistance organise et prend en charge, selon les besoins :

- le transport du corps depuis le lieu de la mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre ou Monaco,
- les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite fixée dans le tableau de garanties.

Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.

Article 8 – Plan Accompagnement Entreprise (PAE)

Lorsque l'Entreprise a retenu les garanties Incapacité temporaire et Rente d'invalidité, l'Assureur met à disposition de l'assuré le plan accompagnement entreprise (PAE) en partenariat avec Rehalto. Ce programme se décline en trois volets.

8.1 Aide psychosociale pour les salariés et leur conjoint, partenaire ou concubin

Dans le cadre du PAE, en cas de difficultés familiales, professionnelles, personnelles ou de dépendance, les assurés, leur conjoint, partenaire ou concubin peuvent, s'ils le souhaitent, bénéficier de consultations au cabinet d'un intervenant psychosocial de leur région jusqu'à 12 heures d'intervention par année civile.

L'assureur prend en charge le montant de ces consultations.

Exemples de situations traitées :

- Difficultés professionnelles : épuisement professionnel, problèmes relationnels ou conflits avec les collègues ou les supérieurs, difficulté d'adaptation à une tâche de travail ou à un changement, perte d'intérêt pour le travail, etc.
- Difficultés familiales : insatisfaction dans la vie de couple, difficultés liées à une séparation, un divorce ou une famille reconstituée, conflits conjugaux, difficultés de communication, difficultés liées à l'éducation des enfants, etc.
- Problèmes personnels : fatigue, troubles du sommeil, anxiété générale, démotivation, perte d'estime de soi, stress, surmenage, état dépressif, isolement, réactions suite à un deuil, etc.
- Problèmes de dépendance : consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments, dépendance au jeu, dépendance à l'Internet, etc.

La confidentialité est l'une des bases fondamentales du PAE. Tous les intervenants psychosociaux se conforment au code de déontologie de leur profession. Les interventions réalisées par les professionnels du réseau de Réhalto sont effectuées dans le respect de la personne et la stricte confidentialité des informations obtenues recueillies tout au long des échanges.

Aucune information relative à l'utilisation des services n'est divulguée.

Numéro Vert à appeler : 0 800 00 67 01



8.2 Intervention post-traumatique

Le service d'intervention post-traumatique inclus au PAE permet aux salariés de l'Entreprise d'obtenir l'aide nécessaire lorsque des incidents graves et traumatisants surviennent sur les lieux de travail, comme par exemple un vol à main armée, un suicide, un homicide, des menaces de mort, un accident de travail majeur, une altercation grave, etc. Lors de l'appel du salarié, l'intervenant analyse les réactions potentielles et détermine ensuite si l'intervention se fera sur les lieux de travail avec les salariés concernés ou sous forme d'encadrement au téléphone avec le salarié concerné.

Numéro Azur à appeler : 0 810 10 30 30

8.3 Coaching téléphonique pour les salariés

Un service confidentiel de coaching téléphonique est mis à disposition des salariés de l'Entreprise lorsqu'ils ont besoin d'aide pour résoudre des difficultés relationnelles avec leurs collègues ou leur hiérarchie. Au moment de l'appel, le coach aide le salarié à évaluer la situation et cerner les facteurs à l'origine du problème, à utiliser un processus de résolution de problèmes, à développer un plan d'action pour résoudre la situation, à faciliter la rencontre entre les parties et, au besoin, à conseiller au salarié en difficulté de recourir au service d'aide psychosociale.

Exemples de situations et de comportements traités :

- Démotivation d'un salarié,
- Dégradation des relations interpersonnelles due à des conflits,
- Réactions négatives et difficultés d'adaptation au changement,
- Difficulté à travailler en équipe,
- Réactions du salarié suite au décès d'un collègue,
- Salarié aux prises avec un problème de consommation abusive de drogue, d'alcool ou de médicaments, etc.

Une demande de consultation peut être traitée en un ou plusieurs appels, selon la situation, chaque appel est d'une durée maximale de trente minutes. L'Assureur prend en charge ces consultations téléphoniques dans la limite d'une heure et demie par situation traitée.

Numéro Azur à appeler pour disposer du service de coaching téléphonique : 0 800 00 37 04.

Article 9 – Action sociale

Le contrat peut prendre en charge, pour l'Assuré et les personnes à sa charge, l'ensemble des prestations non contributives prévu par l'accord professionnel ou interprofessionnel dont relève l'entreprise.

La cotisation prévue par l'accord professionnel ou interprofessionnel est directement versée par l'Assureur au fonds social mis en place à cet effet. Ce fonds est géré par l'Assureur.

L'Assureur délègue à l'Association de Prévoyance Santé (ADPS), la gestion et le versement des prestations relatives à cette action sociale, ces dernières pouvant être :

- Une prise en charge, totale ou partielle, sous certaines conditions, de la cotisation d'assurance de certains salariés (apprentis, salariés à temps partiel).
- Le financement d'actions de prévention.
- La prise en charge de prestations d'action sociale, notamment lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides financières ponctuelles.

Toute demande sera faite directement auprès de l'ADPS à l'adresse :

ADPS
Secrétariat Général de l'ADPS
FONDS SOCIAL ENTREPRISES
Case Courrier 0804 - Tour Neptune
20, Place de Seine
92086 Paris La Défense Cedex

Les documents qui doivent être envoyés à l'ADPS sont :

- Un courrier expliquant les difficultés rencontrées (en indiquant les références du contrat).
- La photocopie du dernier avis d'imposition.
- Une copie de la carte tiers-payant en cours (recto/verso).
- La facture acquittée ou un devis des frais justifiant la demande.



Les dispositions relatives à l'Entreprise

Article 10 – L'adhésion de l'Entreprise

L'adhésion peut, le cas échéant, être subordonnée à la réalisation de formalités médicales par les membres du personnel à affilier. Ces derniers devant alors répondre à un Questionnaire Médical Simplifié.

L'adhésion est constatée par le certificat d'adhésion établi sur la base des déclarations faites par l'Entreprise. Il appartient à l'Entreprise de vérifier si la catégorie de personnel de son régime est conforme aux dispositions des articles R 242-1-1 et suivants du code de la Sécurité sociale au regard de sa situation et de celle de ses Salariés.

La totalité du personnel salarié ou de la catégorie de personnel définie dans le certificat d'adhésion doit obligatoirement être Assurée.

Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense admis par les réglementations sociales et fiscales en vigueur, s'ils sont expressément prévus dans le cadre de l'acte instituant le régime de prévoyance complémentaire de l'Entreprise, à savoir la convention ou l'accord collectif, ou le projet d'accord qu'elle aura proposé à la ratification de la majorité de ses Salariés intéressés, ou sa décision unilatérale constatée dans un écrit qu'elle aura remis à chaque intéressé. Selon les réglementations précitées, il lui appartient de conserver les documents justifiant des cas de dispense pour chaque Bénéficiaire concerné, afin de les produire en cas de demande des administrations sociales et fiscales.

L'adhésion au contrat Allianz Prévoyance Entreprise est constituée :

- de la présente Notice d'information définissant les obligations réciproques et l'ensemble des garanties pouvant être souscrites,
- du certificat d'adhésion précisant les garanties effectivement souscrites ainsi que le montant des prestations et des cotisations,
- Du tableau de garanties annexé à la présente Notice d'Information.

Article 11 – Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion est constatée par le certificat d'adhésion signé par l'Entreprise et par l'Assureur qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhésion,
- la Convention Collective Nationale dont dépend l'Entreprise,
- la catégorie de personnel à assurer,
- la nature et le montant des garanties souscrites pour le Contrat Allianz Prévoyance Entreprise,
- les taux de cotisation.

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des parties au moyen d'une lettre recommandée envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

L'adhésion peut également prendre fin à l'initiative de l'Assureur :

- à tout moment lorsque le nombre de personnes Assurées ne représente plus la totalité de la catégorie de personnel définie ci-avant.
- en cas de non-paiement des cotisations du Contrat selon les modalités définies à l'article 13 « Les cotisations du contrat » ci-dessous.

Article 12 – Les obligations de l'Entreprise

Lors de son adhésion, l'Entreprise s'engage :

- à affilier à l'assurance, la totalité des membres présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel définie dans le certificat d'adhésion, et ceci pour l'ensemble des garanties du Contrat qui ont été souscrites.
- à régler dans les quinze jours qui suivent l'expiration de chaque trimestre la cotisation, appelée sur la base du personnel assuré présent au cours du trimestre écoulé.



- à informer l'Assureur, dans un délai de 30 jours maximum à compter de la survenance de l'un des événements suivants :
 - sorties de Salariés de la catégorie de personnel à assurer,
 - cessation du contrat de travail de Salariés,
 - modification de l'accord de branche dont relève éventuellement l'Entreprise.
- à communiquer à l'Assureur toute modification de ses coordonnées ou d'opération juridique (fusion, acquisition, location-gérance...) dans les 30 jours.
- à remettre à chaque Salarié :
 - le formulaire de demande individuelle d'affiliation figurant dans le Kit d'affiliation,
 - contre récépissé, la présente Notice d'information, résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- à informer par écrit les Salariés ainsi que les anciens Salariés pour lesquels les garanties sont maintenues des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction ou suspension des garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'Adhésion, conformément au Code des assurances.

Le non-respect des obligations précitées engage la responsabilité de l'Entreprise vis-à-vis de ses Salariés (en vertu de l'article 12 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L 141-4 du Code des assurances).

Article 13 – Les cotisations du Contrat

13.1 Taux et base de calcul

Le ou les taux de cotisation et leur base de calcul sont mentionnés dans le certificat d'adhésion.

Le montant des cotisations est calculé en appliquant le ou les taux fixés dans le certificat d'adhésion aux tranches des traitements de référence des Assurés se rapportant à la période au titre de laquelle ces cotisations sont dues.

Il est précisé que pour les Salariés qui exercent leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

13.1.1 Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Les cotisations pourront être révisées conformément aux dispositions de l'article 21.2.

13.1.2 Révision en fonction des résultats techniques

Les taux pourront être revus lors de chaque renouvellement annuel en fonction des résultats techniques des contrats de même nature.

L'Entreprise sera avisée au plus tard le 31 octobre précédent.

En cas de désaccord, l'Entreprise pourra demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée à compter de la notification de la révision. La résiliation prendra alors effet au 31 décembre suivant la date à laquelle l'Assureur aura reçu la lettre recommandée.

Dans le cas contraire, le montant des cotisations sera calculé automatiquement selon les nouvelles bases notifiées à l'Entreprise

13.2 Paiement des cotisations du Contrat

Les cotisations appelées sont payables trimestriellement et dues le dernier jour du trimestre civil auquel elles se rapportent. L'Entreprise est la seule responsable de leur versement.

13.3 Non-paiement des cotisations du Contrat

À défaut du paiement intégral des cotisations du Contrat dans le mois qui suit leur échéance ou l'échéance de régularisation, une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L 113-3 du Code des assurances est envoyée à l'Entreprise. Les garanties sont suspendues trente jours après cet envoi.

Si, passé ce délai, l'Entreprise n'a pas procédé au paiement demandé, l'adhésion pourra être résiliée, sans autre formalité, dans les dix jours suivants.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel et que les garanties du contrat correspondent exactement au régime de base mis en place par cette convention, l'adhésion ne pourra être résiliée qu'à son échéance annuelle.

Les cotisations dues, restées impayées, seront recouvrées par l'Assureur par tout moyen y compris judiciaire.



Les dispositions relatives aux Salariés

Article 14 – L’affiliation du Salarié

Les membres de la catégorie de personnel à assurer doivent, au moment de leur affiliation :

- remplir une demande individuelle d’affiliation,
- désigner les bénéficiaires en cas de décès.

En cours de vie du contrat, les salariés entrant dans la catégorie de personnel à assurer, devront également, le cas échéant, répondre à un Questionnaire d’État de Santé.

Au regard de ces nouvelles données, l’Assureur peut également revoir les taux de cotisation prévus dans le tableau de garanties au premier jour du trimestre civil qui suit l’entrée du nouvel Assuré et en tout état de cause au plus tard au 1^{er} janvier de l’exercice suivant.

L’Assureur en informe l’Entreprise en lui envoyant, par lettre recommandée avec accusé de réception, un avenant précisant les nouveaux taux de cotisation applicables.

L’Entreprise peut refuser cette augmentation et résilier son adhésion en adressant à l’Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de son avenant. La résiliation prend effet le premier jour du trimestre civil suivant la notification de refus.

À défaut, l’Assureur considère que l’Entreprise a accepté la majoration.

Cas particulier

La prise en charge de toute prestation au bénéfice de personnes en état d’incapacité de travail ou d’invalidité à la date d’effet du contrat fera l’objet d’une tarification spécifique et d’une clause spéciale figurant dans le certificat d’adhésion.

Il en sera de même si la revalorisation de rentes versées par le précédent Assureur suite au décès de Salariés doit être prise en charge.

Article 15 – Entrée en vigueur des garanties

Lorsque l’adhésion au contrat a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel qui prend la qualité d’Assuré aux dates suivantes :

- personnel affilié lors de la prise d’effet du contrat : dès cette dernière date,
- personnel affilié postérieurement à la date d’effet du contrat : à sa date d’entrée dans la catégorie de personnel à assurer.

Article 16 – Cessation, suspension

Toutes les garanties, y compris la garantie prévue à l’article 4.3.4, cessent en tout état de cause :

- dès que l’Assuré cesse d’appartenir à la catégorie de personnel à laquelle l’adhésion s’applique sous réserve des dispositions prévues à l’article 4.3.4 relatif au maintien des garanties en cas d’arrêt de travail.
- et au plus tard à la date de l’attribution de sa pension vieillesse ou d’une pension pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale sauf pour l’Assuré en cumul emploi-retraite.
- en cas de résiliation de l’adhésion.

En cas de suspension du contrat de travail pour toute autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, une maternité ou une paternité, les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période.

Toutefois, l’Assureur peut, à la demande de l’Entreprise, établir un avenant pour maintenir, aux Salariés concernés, le bénéfice des garanties décès dans les mêmes conditions que pour ses autres Salariés, notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.



La portabilité des garanties pour les anciens Salariés

Article 17 – Portabilité des garanties prévues au contrat

17.1 Objet

Les garanties prévues au titre de l'adhésion au contrat sont maintenues au profit des membres de personnel qui en bénéficiaient jusqu'à la date de cessation de leur contrat de travail et qui se trouvent, postérieurement à la dite date, en situation de bénéficiaire des dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les conditions requises afin de bénéficier du maintien des garanties, issu de l'article précité, sont les suivantes :

- La cessation du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde.
 - L'ancien Salarié doit remplir les conditions lui permettant de bénéficier de l'assurance chômage.
- Au titre de ce maintien, aucune cotisation ne peut être exigée de l'ancien Salarié, après la date de cessation de son contrat de travail.

17.2 Point de départ et durée du maintien des garanties

Sous réserve que l'ancien Salarié remplisse les conditions énumérées ci-dessus, le maintien des garanties débute à la date de cessation de son contrat de travail, et se poursuit pendant une durée égale (en mois entiers le cas échéant arrondi au nombre supérieur) à celle de son dernier contrat de travail, ou de ses derniers contrats de travail successifs au sein de l'Entreprise, sans que cette durée ne puisse être supérieure à 12 mois.

17.3 Formalités à accomplir

Par l'Entreprise

Remettre à l'ancien Salarié en situation de bénéficiaire des dispositions de l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale, le document de maintien des garanties à retourner à l'Assureur, dûment complété et signé par l'ancien Salarié, avant la date de cessation de son contrat de travail.

Ce document permet d'informer l'Assureur d'une cessation de contrat de travail ouvrant droit au maintien des garanties, et d'indiquer sa durée maximale.

Cette formalité vise également les anciens salariés toujours Bénéficiaires de la portabilité à la date d'effet de l'adhésion.

Par l'ancien Salarié

À l'ouverture et en cours de période de maintien des garanties, l'ancien Salarié devra justifier sur demande auprès de l'Assureur qu'il remplit les conditions prévues par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

17.4 Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles prévues au Contrat. Elles sont mises en œuvre dans les conditions prévues par la Notice d'Information, toutefois, l'indemnité quotidienne prévue en cas d'incapacité de travail ne peut excéder, prestations de la Sécurité sociale comprises, 100 % des allocations du régime d'assurance chômage que l'Assuré aurait perçues pour la même période.

Lorsque les garanties du contrat sont modifiées, l'Entreprise en informe son ancien Salarié en lui remettant la nouvelle Notice d'information.

17.5 Cessation des garanties

Les garanties cessent obligatoirement pour chaque ancien Salarié bénéficiant de ce maintien :

- lorsqu'il cesse de percevoir ses allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale,
- en cas et à la date de résiliation de l'adhésion de l'Entreprise (ou de suppression de l'une des garanties).

17.6 Les obligations de l'Entreprise

L'Entreprise s'engage :

- à informer l'Assureur de toute cessation de contrat de travail intervenant dans les conditions visées dans l'Objet du présent article, en envoyant, avant la date de cessation du contrat de travail du Salarié concerné, le document de maintien des garanties,
- à informer par écrit les anciens Salariés des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction ou suspension des garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'Adhésion, conformément au Code des assurances.



Les risques exclus

Article 18 – Exclusions générales

L'Assureur exclut de toutes les garanties :

- les conséquences d'une guerre civile ou d'une insurrection ou d'une guerre ou agression étrangère, pour les risques survenant en France,
- les conséquences de la participation active de l'Assuré à une guerre où la France n'est pas belligérante, une insurrection, une émeute, un mouvement populaire, un attentat ou une tentative d'attentat, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à une personne en danger,
- le suicide de l'Assuré, avant une année continue d'affiliation.
Toutefois, le suicide est garanti si du fait de son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat d'Assurance de Groupe à adhésion obligatoire, l'Assuré réunit une année continue d'assurance à la date du suicide,
- 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.

Article 19 – Exclusions propres aux garanties en cas d'accident

L'Assureur exclut des garanties Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident, les conséquences :

- du fait volontaire du bénéficiaire,
- de l'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, la personne garantie à l'origine de l'accident avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux caractérisant l'état d'alcoolémie répréhensible en vertu de la législation française,
- de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale,
- de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel,
- de la détention, la possession ou la manipulation par l'Assuré sur le lieu de l'accident soit d'engins de guerre, soit d'une arme dont la détention est interdite,
- de la participation active à un acte de belligérance ou de terrorisme revendiqué ou non,
- de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- d'accident résultant de l'utilisation par l'Assuré (y compris en qualité de passager) de deltaplanes, parapentes, d'avions ultra légers motorisés et de tous autres aéronefs non agréés pour effectuer du transport public,
- de sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics ou la Fédération sportive concernée, de telle manière que l'Assuré ne pouvait ignorer le risque,
- d'accident survenu au cours de la participation de l'Assuré à des compétitions ou démonstrations aériennes, exercices de voltige, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes ou appareils non munis d'un certificat de navigabilité, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués.



Les formalités en cas de sinistre

Article 20 – Documents justificatifs à fournir

Les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont :

En cas de décès

- une photocopie intégrale du livret de famille,
- une photocopie du Pacte civil de Solidarité,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'Assuré décédé,
- un extrait d'acte de naissance du (des) bénéficiaire(s), tant en ce qui concerne les bénéficiaires du capital décès que les bénéficiaires de rentes,
- le dernier avis d'imposition, en cas de personne à charge,
- si le décès intervient pendant un arrêt de travail, les volets de la Sécurité sociale mentionnant le paiement des indemnités journalières.

Et si des rentes aux conjoints sont dues

- un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne,
- les justificatifs des droits à pension de réversion des régimes de retraite complémentaire chargés de la liquidation des droits,
- une attestation des régimes de retraite complémentaire de l'Assuré certifiant que le conjoint ne bénéficie pas de la pension de réversion.

Et si des rentes aux enfants sont dues

- un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne,
- un certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 16 ans et de moins de 26 ans, et si des frais d'obsèques sont dus,
- les justificatifs correspondants (facture, coordonnées de la personne les ayant acquittés).

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- la notification par la Sécurité sociale, soit du classement dans la 3^e catégorie d'invalides, soit de l'attribution d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle au taux de 66 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne,
- un extrait d'acte de naissance de l'Assuré,
- le dernier avis d'imposition en cas de personne(s) à charge,
- si la perte totale et irréversible d'autonomie intervient pendant un arrêt de travail, les volets de la Sécurité sociale mentionnant le paiement des indemnités journalières.

En cas de sinistre d'origine accidentelle

- en plus des pièces susvisées, la photocopie du procès-verbal de police ou de gendarmerie.

En cas d'arrêt de travail

- la déclaration d'incapacité–invalidité de travail dûment complétée par l'Employeur (cachet plus signature) précisant notamment le montant des salaires versés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail,
- l'attestation médicale dûment remplie par le médecin traitant, et adressée au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe portant la mention « Secret médical »,
- une photocopie des volets Sécurité sociale mentionnant les indemnités journalières,
- la photocopie des bulletins de salaire.

En cas d'invalidité

- la photocopie de la notification d'attribution définitive d'une pension invalidité,
- la photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice n-1 pour déterminer les prélèvements sociaux,
- le relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne pour règlement par virement,
- la fiche de paie du dernier mois d'activité,
- le justificatif de la pension versée par la Sécurité sociale, ou à défaut, un justificatif précisant le règlement de ces sommes,
- si le Salarié poursuit une activité Salariée, les photocopies des bulletins de salaire pour le trimestre concerné, ou l'attestation des versements des indemnités des allocations du régime d'assurance chômage.



Après la rupture du contrat de travail (licenciement) :

- une photocopie de la lettre de rupture du contrat de travail ou une attestation de l'Employeur précisant à l'Assureur la date de sortie de l'Assuré,
- une photocopie de l'attestation de paiement ou de non-paiement des allocations du régime d'assurance chômage.

L'Assureur précise que d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier peuvent être demandées.

20.1 La confidentialité médicale

Les informations médicales recueillies directement ou indirectement (notamment les courriers et ou certificats médicaux que le Salarié adresse au Service Médical ou au Médecin Conseil d'Allianz) font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destiné à la gestion de votre dossier par le Service Médical d'Allianz.

De même les informations soumises au respect du secret professionnel font l'objet d'un traitement manuel et/ou informatique destinés à la gestion du dossier par les Services Administratifs d'Allianz.

La signature de votre demande individuelle d'affiliation vaut acceptation expresse de votre part pour la transmission :

- au Service Médical d'Allianz et de son réassureur, dans le respect du secret médical, de l'ensemble des données soumises au respect du secret médical qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.
- aux services administratifs d'Allianz et de son réassureur, dans le respect du secret professionnel, de l'ensemble des données comportant des renseignements soumis au respect du secret professionnel qui seront nécessaires au traitement de votre dossier.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit de demande d'accès, et sur pièce justificative : de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant leur demande à Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier BS - 20, place de Seine - 92086 Paris La Défense Cedex .



Autres dispositions

Article 21 – Autres dispositions

21.1 Clause de globalisation des résultats

Au titre de chaque exercice civil du contrat Allianz Prévoyance Entreprise auquel ont adhéré les Entreprises, l'Assureur établit un compte de résultats en fonction des ressources et des charges qui lui sont imputables. Il pourra éventuellement procéder, si le compte de résultats devient déficitaire, à une révision tarifaire dans les conditions fixées à l'article 13.1.2. Dans ce cas, les Entreprises en seront informées au moins 2 mois avant le renouvellement.

21.2 Révision de l'adhésion

Les conditions de l'adhésion tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code de la Sécurité sociale et du Code général des impôts en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Si celles-ci venaient à être modifiées au cours de l'adhésion, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision de l'adhésion, au plus tôt à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel et que les garanties du contrat correspondent exactement au régime de base mis en place par cette convention, l'Assureur se réserve, le cas échéant, la possibilité de modifier l'adhésion en cas de modification de ce régime de base.

Dans tous les cas, l'Entreprise adhérente conserve néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la notification de la révision ou de la modification, la résiliation de son Adhésion sans délai de préavis.

Article 22 – Territorialité

Sauf stipulation contraire mentionnée au certificat d'adhésion, les garanties sont acquises :

- aux Salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen,
- aux Salariés détachés pour mission hors des États composant l'Espace Économique Européen.

Article 23 – Prescription

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 :

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

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, L'Assureur invite 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.

Article 24 – Recours

Conformément au Code des assurances, le Bénéficiaire des prestations donne à l'Assureur subrogation en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Toutefois, l'Assureur renonce à toute action récursoire à l'encontre de l'Entreprise.



Article 25 – Médiation et réclamation

L'interlocuteur habituel d'Allianz France est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas l'Entreprise, ce dernier peut adresser une réclamation à : Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 -1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
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 relatif à une garantie, l'Entreprise 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.

Article 26 – Autorité de contrôle

L'instance chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'assurance est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Article 27 – Service e-courrier

En communiquant à l'Assureur, lors de l'affiliation ou postérieurement à celle-ci, son adresse de messagerie électronique, le salarié :

- est informé qu'il bénéficie du Service e-courrier dont les modalités sont décrites ci-après ;
- accepte qu'elle soit utilisée par l'Assureur pour lui communiquer des courriers de gestion ou d'information afférents à son affiliation.

Le présent service est réservé au :

- Salarié affilié au présent contrat d'assurance, abonné à l'Espace Client du site internet www.allianz.fr, ci-après dénommé le Client.

Définitions

- Espace Client : désigne l'Espace Client « Allianz.fr », sécurisé, accessible par le Client au moyen d'un identifiant personnel et d'un code confidentiel à partir du site internet www.allianz.fr, et proposant le Service.
- Service : désigne la communication au Client, à la suite d'un message électronique d'alerte, de e-courriers accessibles dans son Espace Client au moyen de son identifiant personnel et de son code confidentiel. Selon la nature du contrat souscrit et le profil du Client, les fonctionnalités offertes dans le cadre du Service peuvent varier.
- E-courriers : désigne des courriers sous format électronique communiqués par Allianz au Client et accessibles à partir de son Espace Client, et relatifs à la gestion et au suivi de son affiliation auprès d'Allianz. Le Client est informé que tous les courriers de gestion ou d'information afférents son affiliation ne sont pas éligibles au Service.

Accès et utilisation du service

Le Service est accessible depuis l'Espace Client, après identification au moyen d'un identifiant et d'un code confidentiel. L'utilisation concomitante de l'identifiant et du code confidentiel constitue la preuve de l'identité du Client. Toute connexion effectuée dans l'Espace Client et toute utilisation du Service réalisé par le biais de l'identifiant et du code confidentiel sont réputés être effectués par le Client, seul titulaire de ces codes confidentiels.

L'accès à l'Espace Client et son utilisation du Service supposent que le Client dispose d'une adresse de messagerie électronique ou d'un numéro de téléphone valide ainsi que de tous matériels et logiciels nécessaires à la navigation sur internet et à l'ouverture et la sauvegarde des e-courriers.

Il appartient au Client de vérifier régulièrement l'adresse de messagerie électronique et le(s) numéro(s) de téléphone figurant dans son Espace Client. En cas de modification de l'un ou l'autre, le Client doit procéder lui-même à cette modification dans son Espace Client.

En l'absence d'adresse électronique ou de numéro de téléphone valide, l'Assureur ne pourra en être tenu pour responsable. Toutes les conséquences directes ou indirectes résultant de l'utilisation par l'Assureur ou son Conseiller d'une adresse de messagerie électronique ou d'un numéro de téléphone erroné relève de la seule responsabilité du Client.

L'accès et l'utilisation de l'Espace Client et du Service s'effectuent sous les seuls contrôles, risques et responsabilités du Client. Les e-courriers sont communiqués au Client dans son Espace Client. Ce Service donne alors la possibilité au Client de télécharger, sauvegarder, imprimer ses e-courriers.



Afin de permettre au Client d'être informé de la communication de ses e-courriers dans son Espace Client, il est convenu entre les Parties que l'Assureur puisse lui adresser un courrier électronique d'alerte sur son adresse de messagerie électronique ou un SMS sur l'un de ses numéros de téléphone, ou une alerte via tout autre moyen de communication électronique, ce que le Client accepte.

Durée et résiliation

Le Service est à durée indéterminée.

Le Client est informé qu'il peut à tout moment, dans son Espace Client, résilier le Service.

Le Client est informé que les e-courriers jusque-là communiqués dans son Espace Client resteront accessibles pendant un délai minimum de trois ans. Toutefois, ce délai est ramené à 6 mois à compter de la résiliation [la fin du contrat/adhésion] du dernier contrat/adhésion d'assurance en cours et actif dans l'Espace Client selon les modalités précisées ci-dessous.

La résiliation du Service à l'initiative du Client prend effet au plus tard sept jours après celle-ci et implique un retour automatique à l'envoi des documents papier.

Le Client conserve la possibilité d'accéder à nouveau et à tout moment au Service s'il le souhaite, hormis dans le cas où il n'existe plus de contrat [adhésion] en cours et actif dans son Espace Client.

De même, la résiliation [la fin] de l'un des contrats d'assurances [de l'une des adhésions] à l'initiative de l'une ou l'autre des Parties met fin au Service et entraîne les conséquences telles que décrites ci-dessus.

L'attention du Client est attirée sur la nécessité, si cela n'a pas déjà été fait au préalable, de télécharger, sauvegarder ou imprimer à sa convenance, au moment de la résiliation [la fin] du Service ou de l'un des contrats d'assurances [de l'une des adhésions], tous les e-courriers jusque-là accessibles via son Espace Client.

La résiliation [la fin du contrat/adhésion] entre les Parties du dernier contrat/adhésion d'assurance en cours et actif dans l'Espace Client, met fin au Service et entraîne les conséquences suivantes :

- Les éventuels courriers postérieurs à la résiliation du dernier contrat/adhésion d'assurance [la fin du contrat/adhésion] pour lesquels il bénéficiait du Service, seront adressés au Client sous format papier.
- Les e-courriers jusque-là stockés dans son Espace Client au titre de tous les contrats d'assurance qui avaient été souscrits entre les Parties, resteront accessibles pendant un délai de six mois après la résiliation [la fin] effective du dernier contrat/adhésion.

Cet accès à ses e-courriers pendant ce délai de 6 mois pourra uniquement être effectué par le Client, via un lien hypertexte contenu dans un e-mail d'alerte qui lui sera adressé lors de la résiliation [la fin] effective du dernier contrat/adhésion. Passé ce délai, la destruction de l'Espace Client par Allianz, ne permettra plus au Client d'accéder à ses e-courriers.

Convention de preuve

En raison des limites de confidentialité des e-mails et de leurs pièces jointes, les Parties conviennent que toute communication d'informations contenues dans les e-courriers relatifs à la gestion et au suivi des affiliations auprès d'Allianz, s'effectuera via l'Espace Client dont l'objectif est de garantir la sécurisation et la confidentialité de leur contenu transmis au Client.

Le Client est informé que des informations lui ont été communiquées par e-courriers et sont disponibles dans son Espace Client par des alertes effectuées par message électronique dans les conditions prévues à l'article « Accès et utilisation du Service » ci-dessus. A ce titre, le Client accepte ce mode de transmission et reconnaît qu'il constitue en droit et en fait communication et remise desdites informations.

Lorsque ces e-courriers font courir un délai pour l'exercice d'un droit ou d'une faculté au profit ou à l'encontre du Client, les Parties conviennent que le point de départ de ce délai est la date à laquelle l'e-courrier est accessible via l'Espace Client et dont le Client a été informé dans les conditions prévues à l'article « Accès et utilisation du Service » ci-dessus. Cette date figure dans l'Espace Client en lien avec l'e-courrier en question.

Les Parties conviennent que les e-courriers accessibles via l'Espace Client ont quant à leur existence et leur contenu la même valeur probante qu'un courrier papier. Le Client dispose en tout état de cause du droit d'administrer la preuve contraire.

Les Parties sont susceptibles de produire les e-courriers, en tant que preuve en cas de litiges, y compris dans ceux qui les opposent.

Stockage des e-courriers

Le Client est informé que les e-courriers sont stockés dans les systèmes informatiques hébergés auprès d'Allianz Informatique - GIE - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex - 723 000 642 RCS Nanterre



Article 28 – Droit d'opposition Des Consommateurs au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Toutefois, le démarchage téléphonique pour vous proposer de nouvelles offres reste autorisé à tous les professionnels avec lesquels vous avez au moins un contrat en cours.

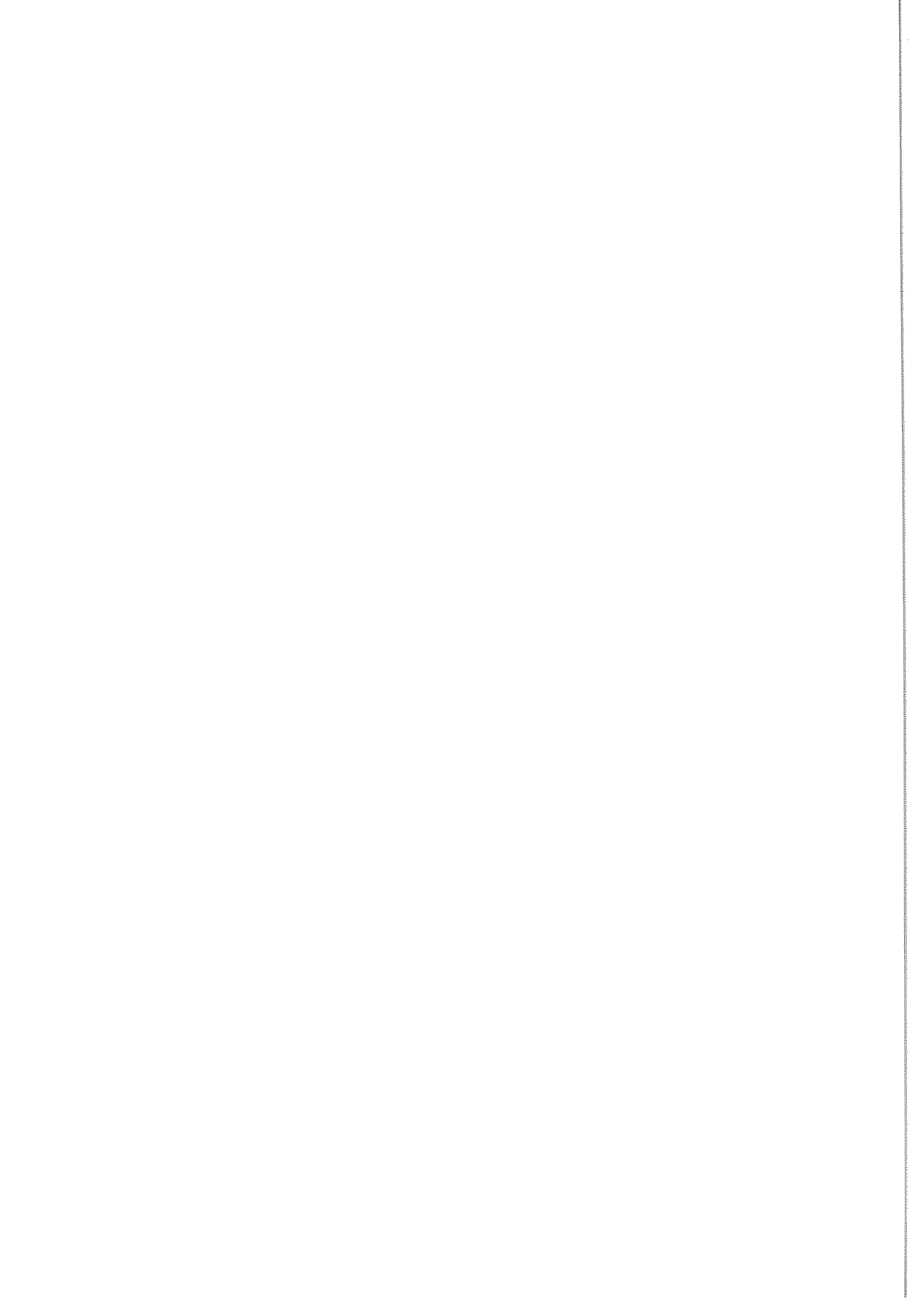
Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est à dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.











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 €

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

340 234 962 RCS Nanterre

www.allianz.fr



Mondial Assistance France SAS

7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen

RCS 490 381 753 Bobigny

SIRET : 490 381 753 00055

Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

www.mondial-assistance.fr

