



Conditions générales pour les entreprises

Couvertures Prévoyance Internationales pour contrats collectifs
Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022

Bienvenue

Vous pouvez compter sur Allianz Partners, votre compagnie d'assurances prévoyance internationales, pour garantir la protection de vos employés et de leur famille et les préparer à toute éventualité.

Ce guide contient des informations importantes que vous devez connaître sur la couverture d'assurance prévoyance pour contrats collectifs de l'entreprise.

Nous vous recommandons de lire ce guide attentivement, conjointement avec le tableau des garanties.

Un service de qualité supérieure	5
Conditions générales de votre couverture	6
Explication de la couverture	7
Garanties Prévoyance	10
Souscription médicale	17
Procédure de demande d'indemnité	19
Paiement des primes	24
Gestion de la couverture	25
Les conditions suivantes s'appliquent également à la couverture de l'entreprise	28
Protection des données et consentement du/de la patient(e)	31
Procédure de traitement des réclamations	32
Définitions	33
Exclusions	36
Tableau de référence Infirmité permanente accidentelle	38

AWP Health & Life SA est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel située au 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, France.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : au RCS de Bobigny sous le numéro 401 154 679. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.



Un service de qualité supérieure

Nous souhaitons vous offrir, à vous et à vos employés, le service de qualité supérieure que vous méritez.

Dans les pages suivantes, nous décrivons l'ensemble des garanties prévoyance que nous proposons. Poursuivez la lecture pour découvrir comment nous garantissons la protection et la sécurité financières de vos employés et de leurs ayants droit en cas de décès ou d'invalidité.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

Notre service d'assistance multilingue est disponible 24 h/24, 7 j/7 pour répondre à vos questions concernant la police de l'entreprise ou si vous ou vos employés et leurs ayants droit avez besoin d'aide en cas d'urgence.



Par téléphone : +353 1 630 1303

Pour consulter la liste la plus récente de nos numéros gratuits, rendez-vous sur www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html



E-mail : client.services@allianzworldwidecare.com



Fax : +353 1 630 1306

Le saviez-vous ?

La plupart de nos clients trouvent que leurs demandes sont traitées plus rapidement quand ils nous appellent.

Conditions générales de votre couverture

Ce guide présente les garanties standard et les règles de la police d'assurance prévoyance pour contrats collectifs de votre entreprise.

Les couvertures sélectionnées par votre entreprise, et les garanties associées dont les employés assurés bénéficient, sont indiquées dans le tableau des garanties. Ce tableau présente également toutes les garanties pour lesquelles des plafonds ou des délais de carence spécifiques s'appliquent. Il est émis dans la devise indiquée dans le contrat d'entreprise.

Les termes utilisés sont explicités dans la section « Définitions » page 33. « L'entreprise » et « votre entreprise » font référence à l'employeur tel qu'il est nommé dans le contrat d'entreprise.

Les conditions générales peuvent être modifiées de temps à autre, après accord passé entre l'entreprise et Allianz Partners.

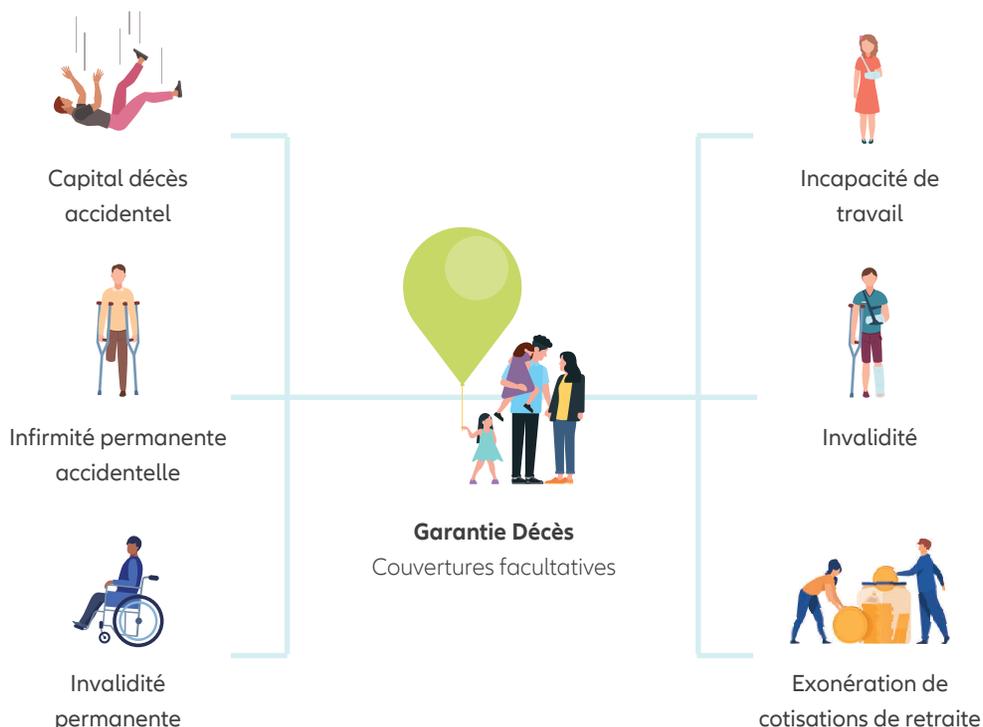
Explication de la couverture

Les couvertures sélectionnées par l'entreprise sont indiquées dans le tableau des garanties. Celui-ci comprend les garanties à la disposition des personnes assurées ainsi que les plafonds qui s'appliquent. Pour comprendre la manière dont les plafonds de garanties s'appliquent à la couverture de votre entreprise, veuillez consulter la section « Plafonds des garanties » ci-dessous.

Les garanties sont soumises à nos définitions et exclusions (voir pages 33-37).

Que couvrons-nous ?

La police fournit une sécurité et une protection financières pour les employés et leurs ayants droit dans le cadre de la couverture d'assurance indiquée dans leur tableau des garanties. Votre entreprise peut choisir de couvrir un ou plusieurs des événements suivants :



Plafonds des garanties

Trois types de plafonds de garantie sont indiqués dans le tableau des garanties :

- La **garantie d'assurance** est le montant maximal que nous verserons pour chaque type de couverture d'assurance sélectionné par l'entreprise, comme indiqué dans le tableau des garanties. Ces garanties peuvent être versées mensuellement (Incapacité de travail et Invalidité) ou en un paiement unique (Décès, Décès accidentel, Infirmitté permanente accidentelle et Invalidité permanente). Pour les garanties Incapacité de travail et Invalidité, tous les plafonds s'entendent par employé(e) assuré(e), par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.
- Le **plafond des garanties combinées** est le montant maximal que nous verserons pour l'ensemble des garanties Décès, Décès accidentel, Infirmitté permanente accidentelle et Invalidité permanente. Par exemple, si nous versons le montant de la garantie Infirmitté permanente accidentelle, tout montant versé suite au décès (par l'assurance décès) ne peut dépasser le plafond de garantie maximum combiné.
- Le **plafond de l'événement unique** est le montant maximal que nous verserons pour différents sinistres résultant d'un accident ou d'une catastrophe naturelle (tel qu'un événement unique touchant plus d'un employé assuré).

Qui peut bénéficier de la couverture ?

Les employés de l'entreprise qui peuvent bénéficier des garanties sont ceux qui :

- N'ont pas encore atteint l'âge limite de la couverture indiqué par le contrat d'entreprise
- Sont employés sur la base d'un contrat à durée indéterminée. Les personnes employées sur la base d'un contrat à durée déterminée (d'une durée de plus de 6 mois) peuvent également bénéficier des garanties Décès, Décès accidentel, Infirmitté permanente accidentelle et Invalidité permanente. Toute exception supplémentaire s'appliquant à la couverture sera indiquée dans le contrat d'entreprise.
- Sont actuellement employés par la société, et
- N'exercent pas une activité contraire à l'avis de leur médecin.

Les employés pouvant bénéficier des garanties mais qui ne sont pas actifs en raison d'un congé maladie ou d'une invalidité à la date d'effet du contrat d'entreprise ou à la date d'effet de la couverture peuvent en bénéficier après un mois de travail (selon les conditions du contrat d'entreprise).

La garantie Décès peut être étendue aux ayants droit d'un(e) employé(e) assuré(e), dans la mesure où l'employé(e) assuré(e) bénéficie de la garantie Décès en vertu de la couverture de l'entreprise et si le contrat d'entreprise autorise les ayants droit à souscrire à l'assurance Décès.

Veillez noter qu'une souscription médicale (en page 17) sera nécessaire si la personne pouvant bénéficier de la couverture souhaite souscrire une couverture au-delà du plafond d'acceptation automatique (PAA) indiqué dans le tableau des garanties.

Lorsqu'une souscription médicale est requise, nous nous réservons le droit d'accepter ou de refuser la demande de souscription, d'appliquer des suppléments de cotisation ou d'exclure des garanties.

Congé approuvé au préalable

Si vous avez approuvé la demande de congé (d'une durée allant jusqu'à 6 mois) d'un(e) employé(e), nous considérerons qu'il/elle peut bénéficier de la couverture, sauf si le congé est lié à une maladie ou une blessure qui l'empêche d'accomplir ses tâches professionnelles. Les congés maternité, les congés paternité, les congés sabbatiques, les vacances et les congés sans solde sont des exemples de congés approuvés au préalable. Vous continuerez de payer la prime de l'employé(e) pendant la période de congé approuvée au préalable.

Fin des couvertures

La couverture Décès se termine lorsque la personne assurée atteint l'âge de 70 ans. Si les couvertures prennent fin avant l'âge de 70 ans, cela sera indiqué dans le contrat d'entreprise. Les garanties Décès accidentel, Infirmité permanente accidentelle, Invalidité permanente, Incapacité de travail et Invalidité se terminent lorsque l'employé(e) assuré(e) atteint l'âge de 65 ans. Si les couvertures prennent fin avant l'âge de 65 ans, cela sera indiqué dans le contrat d'entreprise.

Garanties Prévoyance

Veillez consulter le tableau des garanties pour connaître la couverture spécifique de votre entreprise.

Garantie Décès

En cas de décès de la personne assurée, la garantie Décès assure la protection et la sécurité financières des bénéficiaires.

Le montant de la garantie sera versée en une somme forfaitaire. Cela peut soit être un montant fixe, soit être calculé en fonction du salaire annuel brut de l'employé(e) assuré(e), à concurrence de la somme maximale convenue. Veillez consulter le tableau des garanties pour connaître les garanties spécifiques de votre entreprise.

Capital décès anticipé

Lorsque nous recevons la preuve qu'un(e) employé(e) assuré(e) souffre d'une maladie en phase terminale (après la date de commencement de la couverture), nous effectuerons le paiement anticipé du capital décès de cet(te) employé(e), comme indiqué dans le tableau des garanties.

Si le paiement de la garantie Capital décès anticipé est suivi d'une demande d'indemnisation de la garantie Décès, nous déduisons du montant de la garantie Décès le montant de la garantie Capital décès anticipé que nous avons déjà versé.

Si l'employé(e) assuré(e) est toujours en vie après une période de 12 mois, nous nous réservons le droit de réévaluer la situation donnant droit à la garantie Capital décès anticipé. Nous pourrions être amenés à demander le remboursement des montants versés si nous jugeons que la personne n'a plus droit à cette garantie.

La garantie Capital décès anticipé est comprise dans le cadre de la couverture Décès.

Décès accidentel

La garantie Décès accidentel fournit une somme forfaitaire supplémentaire aux bénéficiaires de l'employé(e) assuré(e) en cas de décès de l'employé(e) assuré(e) en raison d'un accident, dans la mesure où le décès survient dans un délai de 365 jours suivant la date de l'accident.

Le total de la garantie Décès accidentel ne pourra excéder 100% du montant assuré, comme indiqué sur le tableau des garanties.

Garantie Infirmité permanente accidentelle

La garantie Infirmité permanente accidentelle fournit une somme forfaitaire à l'employé(e) assuré(e) en cas de perte d'un membre ou de la fonction d'un membre à la suite d'un accident, dans la mesure où l'infirmité se produit dans un délai de 365 jours suivant l'accident. Le tableau de référence de la garantie Infirmité permanente accidentelle présente toutes les informations liées à cette garantie en page 38.

Le total de la garantie Infirmité permanente accidentelle ne peut excéder 100 % du montant assuré, comme indiqué sur le tableau des garanties.



Plusieurs blessures affectant le même membre

En cas de blessures ou infirmités multiples issues d'un même accident ou d'accidents successifs, chaque blessure ou infirmité sera évaluée séparément. Cependant, la somme totale payée pour des blessures ou des infirmités affectant un membre ne peut excéder la garantie maximale indiquée pour la perte totale d'un membre dans le tableau de référence Infirmité permanente accidentelle.



Blessures ne figurant pas dans le tableau de référence Infirmité permanente accidentelle

Si la blessure ne figure pas dans le tableau de référence Infirmité permanente accidentelle, nous évaluerons le degré de la blessure en la comparant aux blessures qui apparaissent dans ce tableau. Nous ne paierons pas moins que le montant disponible pour un événement ou une blessure comparable à celui ou celle qui apparaît dans ce tableau.



Faits aggravants

En cas d'aggravation de l'état de santé de l'employé à cause d'une maladie ou d'une blessure existante, le degré de blessure sera considéré égal à celui d'un organe ou membre en bonne santé qui aurait subi cet accident.

Garantie Décès accidentel et Infirmité permanente accidentelle

Si le paiement de la garantie Infirmité permanente accidentelle est suivi d'une demande de versement de la garantie Décès accidentel, nous déduirons du montant de la garantie Décès accidentel le montant de la garantie Infirmité permanente accidentelle que nous avons déjà versé.

Si le paiement de la garantie Décès accidentel et Infirmité permanente accidentelle est suivi d'une demande de versement de la garantie Décès, nous déduirons du montant de la garantie Décès le montant de la garantie Décès accidentel/Infirmité permanente accidentelle que nous avons déjà versé.

Garantie Invalidité permanente

La garantie Invalidité permanente comprend deux types de couverture : **L'Invalidité Totale Permanente** et **l'Invalidité Partielle Permanente**.

Le montant de ces garanties sera versé en une somme forfaitaire, qui peut être soit une somme fixe, soit un pourcentage du salaire annuel brut de l'employé(e) assuré(e). Une somme maximale convenue s'applique aux deux garanties. Les garanties spécifiques de votre couverture collective apparaissent sur le tableau des garanties.

Garantie Invalidité totale permanente

La garantie Invalidité totale permanente offre une protection financière à l'employé(e) assuré(e) en cas d'invalidité totale permanente à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Cette garantie est versée lorsque toutes les conditions suivantes sont réunies :

- L'employé(e) assuré(e) n'est plus en mesure d'effectuer les tâches matérielles et essentielles liées à son travail habituel, et ne peut pas effectuer les tâches de tout autre poste adapté à ses niveaux d'éducation, de compétences et d'expérience, et
- L'invalidité totale permanente est irréversible, et
- L'employé(e) assuré(e) a subi une perte de revenu, et
- Notre évaluation du degré de l'invalidité permanente dépasse 66,67%

L'entreprise peut choisir une couverture pour l'invalidité totale permanente sans inclure l'invalidité partielle permanente.

La couverture Invalidité totale permanente d'un(e) affilié(e) prend fin dès que les indemnités d'invalidité totale permanente lui ont été versées.

Garantie Invalidité partielle permanente

La garantie Invalidité partielle permanente offre une protection financière à l'employé(e) assuré(e) en cas d'invalidité partielle permanente à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Cette garantie est versée lorsque toutes les conditions suivantes sont réunies :

- L'employé assuré n'est plus en mesure d'effectuer les tâches matérielles et essentielles liées à son travail habituel, et ne peut pas effectuer les tâches de tout autre poste adapté à ses niveaux d'éducation, de compétences et d'expérience, et
- L'invalidité partielle permanente est irréversible , et
- L'employé(e) assuré(e) a subi une perte de revenu, et
- Notre évaluation du degré de l'invalidité permanente dépasse 33,33%

Si le paiement de la garantie Invalidité partielle permanente est suivi d'une demande d'indemnisation de la garantie Invalidité permanente totale, nous déduisons du montant de la garantie Invalidité permanente totale le montant de la garantie Invalidité partielle permanente que nous avons déjà versé.

Si le paiement de la garantie Invalidité permanente est suivi d'une demande de versement de la garantie Décès, nous déduisons du montant de la garantie Décès le montant de la garantie Invalidité permanente que nous avons déjà versé.

La garantie Invalidité partielle permanente doit être contractée en complément de la garantie Invalidité totale permanente.

Comment est calculée la somme forfaitaire pour la couverture Invalidité permanente ?

L'invalidité permanente d'un(e) employé(e) assuré(e) est évaluée en fonction de :

- Son invalidité fonctionnelle ou physique, et
- Son invalidité professionnelle

Degré d'invalidité permanente inférieur à 33,33%

Aucune indemnité n'est versée pour une invalidité inférieure à 33,33%.

Degré d'invalidité permanente entre 33,33 % et 66,67 % (Invalidité partielle permanente)

Si le degré d'invalidité se trouve entre 33,33 % et 66,67 %, nous calculerons le montant de l'indemnisation en multipliant le taux d'invalidité par la somme assurée.

Degré d'invalidité permanente supérieur à 66,67 % (Invalidité totale permanente)

Si le degré d'invalidité dépasse 66,67 %, l'invalidité sera considérée totale et permanente. Le montant de l'indemnisation pour invalidité sera égal à 100 %.

Le montant de la garantie Invalidité permanente (partielle ou totale) n'excédera pas 100% du montant maximum de la garantie, comme indiqué dans le tableau des garanties. Une fois la garantie Invalidité totale permanente versée, aucun autre paiement ne sera effectué pour invalidité totale ou partielle.

Si la garantie invalidité permanente est sélectionnée en complément de la garantie Incapacité de travail/Invalidité, tout paiement de la garantie invalidité permanente ne sera versé qu'après l'expiration de la garantie Incapacité de travail/Invalidité.

Si le degré d'invalidité dépasse 33,33 %, le montant de la garantie sera calculé à l'aide du tableau de référence Infirmitté permanente accidentelle (page 38), lorsque l'invalidité permanente est liée à :

- Une perte de membre
- Une paralysie
- Une ankylose
- Une amputation

Garantie Incapacité de travail

La garantie Incapacité de travail offre une protection financière à un(e) employé(e) assuré(e) qui n'est plus en mesure d'effectuer les tâches matérielles et essentielles liées à son travail habituel à la suite d'un accident ou d'une maladie. Après un délai de carence, cette garantie est versée mensuellement à terme échu pendant un maximum de 24 mois. La durée du délai de carence est indiqué sur le tableau des garanties.

Garantie Invalidité

La garantie Invalidité offre une sécurité financière aux employés assurés qui ne sont pas en mesure :

1. D'accomplir les tâches importantes et essentielles liées à leur profession habituelle, et
2. D'exercer une profession appropriée (dans le cadre de leur formation, leurs compétences et leur expérience)

La garantie est payée mensuellement à terme échu. La garantie est en général versée 24 mois après l'accident ou la maladie (elle peut être soumise à un délai de carence), ou lorsque la couverture Incapacité de travail se termine (si elle a été sélectionnée). La couverture prend fin dès que l'assuré atteint l'âge de 65 ans. Si la couverture prend fin avant, cela sera indiqué dans le contrat d'entreprise.

Comment sont calculées les garanties Incapacité de travail et Invalidité ?

Les garanties Incapacité de travail et Invalidité sont versées mensuellement, et sont égales au pourcentage du salaire annuel brut de l'employé(e) assuré(e) à la date de l'accident ou du début de la maladie, jusqu'à un montant de garantie maximal par mois.

Elles peuvent également être versées sous la forme d'une somme fixe mensuelle indiquée dans le tableau des garanties. Si l'employé(e) assuré(e) perçoit un autre revenu, nous le déduisons du montant versé pour la garantie.

Suite à un accord passé avec Allianz Partners, la garantie Invalidité augmentera pour l'année d'assurance en fonction de la revalorisation des prestations indiquée dans l'annexe au contrat d'entreprise, et selon les conditions du contrat d'entreprise.

Veuillez noter que le premier paiement et le dernier sont calculés au prorata.

Reprise du travail partielle

Quand un médecin déclare un(e) employé(e) assuré(e) (percevant la garantie Incapacité de travail ou Invalidité) apte à reprendre le travail (sous réserve de notre approbation) mais qu'il/elle n'est pas en mesure de reprendre immédiatement le travail à plein temps, il/elle peut être autorisé(e) à travailler à temps partiel et recevoir un paiement partiel des garanties pendant 3 mois. Toute demande de paiements partiels au-delà de cette période de 3 mois sera adressée à notre directeur médical.

La reprise partielle du travail permettra à l'assuré(e) de reprendre le travail de façon progressive. Le paiement partiel lui permettra de compenser une partie de la perte de revenu jusqu'à ce qu'il/elle soit en mesure de reprendre son activité conformément à son contrat de travail.

Situations donnant droit aux garanties Incapacité de travail et Invalidité :

- L'employé(e) assuré(e) n'a pas été en mesure de travailler pendant la totalité du délai de carence indiqué dans le Tableau des garanties pour la garantie en question (mais travaillait activement quand l'invalidité a été déclarée pour la première fois), et
- La police était en vigueur et le demandeur était un(e) employé(e) assuré(e) à la date à partir de laquelle il/elle n'a plus été en mesure de travailler en raison de l'invalidité ayant donné lieu à la demande d'indemnité, et
- L'invalidité s'est déclarée pour la première fois avant que l'employé(e) assuré(e) n'atteigne l'âge limite, et
- L'employé(e) assuré(e) est soigné(e) et traité(e) par un médecin agréé, et
- L'employé(e) assuré(e) n'exerce aucune autre activité rémunérée ou à but lucratif.

Veillez noter que la perte d'une licence professionnelle n'est pas prise en charge par cette garantie.

La garantie invalidité prendra fin à la première des échéances suivantes :

- Une fois la période de garantie maximale écoulée, telle qu'elle figure au tableau des garanties
- Quand l'employé(e) assuré(e) atteint l'âge limite indiqué dans le contrat d'entreprise
- Lors du décès de l'employé(e) assuré(e)
- Quand l'employé(e) assuré(e) retourne au travail (conformément à son contrat de travail), dans son emploi habituel dans le cas d'une incapacité de travail
- Quand l'employé(e) assuré(e) sera en mesure de reprendre une activité rémunérée à la suite d'un rétablissement naturel, d'une opération chirurgicale ou d'un traitement médical

Les versements ne peuvent être anticiptés de plus d'un mois.

Rechute

Une reprise du travail ne fait que suspendre le paiement des garanties. En cas de rechute, le paiement des garanties reprendra selon les mêmes conditions. Aucun délai de carence ne s'appliquera, cependant la garantie ne sera versée que pour le reste de la période maximale de garantie indiquée sur le tableau des garanties. Les versements ne reprendront que si l'employé(e) reprend son travail pendant moins de 60 jours, et la rechute est une récurrence de la pathologie ayant causé l'arrêt de travail précédent.

Garantie Exonération de cotisations de retraite

Cette garantie prendra en charge la contribution à la retraite de l'employeur (ou la garantie sélectionnée si inférieure), sous la forme d'un pourcentage du salaire annuel de l'employé(e), si celui ou celle-ci peut bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité. Le paiement sera versé à l'employeur en même temps que le versement de l'indemnité d'incapacité/invalidité mensuelle.

Les versements prennent fin lorsque l'un des événements suivants survient :

- L'employé(e) assuré(e) atteint l'âge limite indiqué dans le contrat d'entreprise.
- Lors du décès de l'employé(e) assuré(e).
- L'employé(e) assuré(e) reprend le travail.
- L'employé(e) assuré(e) cesse de travailler pour l'entreprise.
- L'employé(e) assuré(e) ne fait plus partie du contrat de retraite complémentaire de l'entreprise.
- La garantie d'incapacité/invalidité prend fin.

Un justificatif d'adhésion au fonds complémentaire de retraite devra être fourni lors de la demande de versement. L'adhésion au contrat de retraite complémentaire doit être antérieure à la date à laquelle l'incapacité/invalidité de l'employé(e) assuré(e) s'est déclarée.

Conditions de la garantie :

- Après un délai de carence, cette garantie est versée mensuellement à terme échu.
- Le délai de carence applicable est indiqué sur le tableau des garanties.
- Les contributions de l'employé(e) ou autres contributions volontaires ne sont pas concernées.
- À des fins de souscription médicale, cette couverture sera ajoutée à la couverture de base pour déterminer le montant total à assurer.

Souscription médicale

Qu'est-ce que la souscription médicale ?

Il s'agit de l'évaluation du risque d'assurance basée sur les informations que l'affilié(e) nous communique lors de la demande d'adhésion.

Le but de la souscription médicale est d'évaluer l'état de santé des affiliés, afin de :

1. Déterminer si nous sommes en mesure d'assurer le montant de garantie demandé dans sa totalité, et
2. Définir les conditions de notre offre.

Qui doit se soumettre à une souscription médicale ?

La police collective couvrira toutes les garanties (ou sommes assurées) dont les affiliés peuvent bénéficier, jusqu'à un plafond prédéfini, appelé le plafond d'acceptation automatique (PAA).

Lorsque le niveau de garantie d'un(e) affilié(e) à une couverture d'assurance (Prévoyance collective par exemple) excède le PAA de la police collective, cet(te) affilié(e) devra se soumettre à une souscription médicale pour le montant dépassant le PAA.

Lorsqu'aucun PAA n'est prévu dans le cadre de la police collective, la souscription médicale est nécessaire pour la totalité de la somme assurée.

Lorsqu'une couverture facultative est sélectionnée, une souscription médicale devra également être effectuée pour cette somme assurée, sauf indication contraire dans le contrat d'entreprise.

La souscription médicale peut également être nécessaire si la somme assurée d'un(e) affilié(e) augmente lors de la période d'assurance.

Lors de la souscription médicale, les affiliés doivent divulguer toute pathologie préexistante. La non-divulcation de pathologies préexistantes pourra entraîner le rejet de demandes de versement.

Que se passe-t-il si la souscription médicale n'a pas lieu ?

- a) Si le bulletin d'adhésion dûment complété n'est pas reçu dans les 30 jours suivant la demande, la garantie de l'affilié(e) se limitera au PAA de la police collective correspondant. Si aucun PAA n'est prévu dans le cadre de la police collective et nous ne recevons pas le bulletin d'adhésion dûment complété dans les 30 jours suivant notre demande, nous supposons que l'affilié(e)/l'entreprise ne souhaite plus donner suite à la demande de couverture.
- b) Si l'affilié(e) ne fournit pas les justificatifs demandés suite à l'examen de son bulletin d'adhésion dans les délais fixés, la garantie sera restreinte au PAA correspondant. Si aucun PAA n'est prévu dans le cadre de la police collective et l'affilié(e) ne fournit pas les justificatifs demandés suite à l'examen de son bulletin d'adhésion dans les délais fixés, nous supposons que l'affilié(e)/l'entreprise ne souhaite plus donner suite à la demande de couverture.

Dépassement du seuil de souscription médicale : Lorsqu'une souscription médicale est effectuée pour un(e) employé(e) assuré(e), et que sa couverture est acceptée selon les conditions normales de la police, nous vous autoriserons à augmenter ses garanties pour toutes les couvertures de 20 % par année civile, sans souscription médicale complémentaire. Pour la durée de la police de l'employé(e) assuré(e), le seuil de dépassement est fixé à un maximum de 250 000 € pour les couvertures Décès ou Invalidité totale permanente, et 20 000 € pour les couvertures Incapacité de travail ou Invalidité, sauf indication contraire dans le contrat d'entreprise. Le dépassement du seuil de souscription médicale n'est pas disponible pour les affiliés ayant souscrit selon des conditions spéciales ou ayant accepté un supplément de cotisations et/ou des exclusions supplémentaires. Lorsque le seuil est atteint, ou si l'affilié(e) ne peut bénéficier du dépassement de seuil, toute augmentation de la somme assurée devra être soumise à une souscription médicale. Le dépassement du seuil n'est pas disponible pour les adhésions facultatives.

Procédure de demande d'indemnité

Pour les demandes d'indemnités décès et incapacité/invalidité :

- a) Sauf indication contraire, il est de la responsabilité de l'entreprise de nous informer et de nous envoyer tout document justificatif **dans un délai de six mois** à compter de l'évènement qui est à l'origine de la demande d'indemnité. Si l'entreprise ne nous informe pas d'un évènement dans un délai de six mois après sa survenance, nous ne serons pas tenus de payer une garantie. Cette disposition est valable que l'entreprise ait pris connaissance de l'évènement ou non, et qu'elle sache que cet évènement pourrait donner lieu à une demande d'indemnité pendant cette période ou non.
- b) Sauf en cas d'indication contraire, Allianz Partners n'a aucune obligation à l'égard d'évènements survenant après la date de fin de la couverture d'assurance.
- c) L'entreprise doit garder tous les justificatifs originaux lorsque des copies nous sont envoyées (par ex. reçus de factures). Dans le cadre de nos procédures de détection de fraudes, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande d'indemnité. Nous recommandons également à l'entreprise de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- d) Les garanties autorisées seront payées dans la devise indiquée dans le contrat d'entreprise.
- e) L'entreprise accepte de nous aider à obtenir toutes les informations nécessaires pour traiter les demandes d'indemnités. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble des dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant de votre employé(e). Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre représentant médical. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si l'entreprise ne respecte pas ces obligations.
- f) Nous nous réservons le droit de réduire le montant de la garantie si le salaire annuel brut de l'employé(e) assuré(e) augmente dans les trois mois précédant une demande d'indemnité, et si l'augmentation :
 - n'est pas issue de l'évaluation annuelle des salaires, ou
 - ne peut être justifiée comme augmentation nécessaire ou appropriée, ou

- entraîne une augmentation de la somme assurée applicable à l'employé, qui excède alors le plafond d'acceptation automatique, sans notre évaluation ni acceptation de la modification

Le cas échéant, le montant de la garantie correspondra au montant couvert avant l'augmentation du salaire.

- g) L'entreprise est responsable du paiement de toutes les garanties et montants dus aux ayants droit et personnes assurées dans le cadre de cette couverture d'entreprise. Il est également de la responsabilité de l'entreprise de remplir les déclarations d'impôts associés à ces garanties. Nous ne saurions être tenus responsables du prélèvement de taxe pour de tels paiements ou de la déclaration d'impôts associés à ces garanties. Lorsque l'entreprise reçoit le paiement de la garantie, notre responsabilité envers l'entreprise, les personnes assurées et/ou leurs bénéficiaires prend fin.

Procédure de demande de versement/d'indemnités

Pour obtenir le versement des garanties, l'entreprise doit nous envoyer les documents suivants :

	Décès	Décès anticipé	Décès accidentel	Infirmité permanente accidentelle
Les fiches de paie de l'employé(e) assuré(e) des 3 mois précédant l'événement	✓	✓	✓	✓
L'original ou la copie certifiée conforme* d'une pièce d'identité valide de la personne assurée (par ex. passeport en cours de validité, permis de conduire ou carte d'identité)	✓	✓	✓	✓
Un formulaire de demande d'indemnité dûment rempli pour la garantie Décès ou Décès accidentel	✓	✗	✓	✗
Une copie certifiée conforme de l'acte de décès	✓	✗	✓	✗
Un formulaire de demande d'indemnité dûment rempli pour la garantie Capital décès anticipé	✗	✓	✗	✗
Une déclaration du médecin dûment remplie en cas de maladie en phase terminale	✗	✓	✗	✗
Le rapport d'accident/de police (en cas d'accident)	✓	✓	✓	✓
Un formulaire de demande d'indemnité dûment rempli pour la garantie Infirmité permanente accidentelle	✗	✗	✗	✓

Une déclaration du médecin dûment remplie en cas d'infirmité permanente accidentelle	✗	✗	✗	✓
Tout autre document pouvant être jugé nécessaire pour prendre la demande d'indemnité en considération	✓	✓	✓	✓

	Incapacité de travail	Invalidité	Invalidité permanente
Les fiches de paie de l'employé(e) assuré(e) pour les 3 mois qui précèdent l'absence	✓	✓	✓
L'original ou la copie certifiée conforme* d'une pièce d'identité valide de l'employé(e) assuré(e) (par ex. passeport en cours de validité, permis de conduire ou carte d'identité)	✓	✓	✓
Un formulaire de demande d'indemnité dûment rempli pour la garantie Incapacité/Invalidité	✓	✓	✓
Une déclaration de l'employeur dûment remplie en cas d'invalidité	✓	✓	✓
Une brève description de la profession de l'employé(e) assuré(e)	✓	✓	✓
Une déclaration du médecin dûment remplie en cas d'invalidité	✓	✓	✓
Le rapport d'accident/de police (en cas d'accident)	✓	✓	✓
Tout autre document pouvant être jugé nécessaire pour prendre la demande d'indemnité en considération	✓	✓	✓

* Pour être acceptés, les documents certifiés conformes doivent être produits par les personnes/institutions suivantes : un officier de police, un greffier, un notaire, un avocat, un membre du personnel d'ambassade/de consulat, un officiel agréé.

La personne délivrant la certification doit signer, dater et tamponner le document de son cachet officiel. Nous pourrions également demander la légalisation ou l'authentification des documents. À notre demande, plus de renseignements concernant la certification, la légalisation ou l'authentification des documents devront être fournis.

Quand seront versées les garanties Décès, Décès accidentel et Infirmité permanente accidentelle ?

En cas de décès, décès accidentel ou infirmité permanente accidentelle d'une personne assurée, l'entreprise doit nous informer de l'évènement par écrit dans un délai de six mois. L'entreprise doit nous envoyer tous les documents qui apparaissent dans le tableau ci-dessus.

Les garanties seront payées une fois que la demande d'indemnité aura été jugée valide. Les garanties Décès et Décès accidentel seront versées directement à l'entreprise.

Quand sera versée la garantie Capital décès anticipé ?

En cas de diagnostic de maladie en phase terminale de l'employé(e) assuré(e), l'entreprise doit nous informer de la situation par écrit dès que possible. L'entreprise doit nous envoyer tous les documents qui apparaissent dans le tableau ci-dessus.

Les garanties seront payées une fois que la demande de versement aura été jugée valide. La garantie Capital décès anticipé ne dépassera pas la limite de garantie maximale indiquée dans le tableau des garanties. En cas d'avis divergents ou d'évidences contradictoires d'un point de vue médical, notre directeur médical déterminera si la maladie est en phase terminale ou non. .

Si l'employé(e) survit au-delà de 12 mois, nous pourrions réévaluer son droit à la garantie et nous pourrions demander le remboursement de tout montant versé si nous le jugeons nécessaire.

Quand sera versée la garantie Incapacité de travail ?

L'entreprise doit nous informer par écrit dès que possible si un(e) employé(e) assuré(e) est en congé maladie avec certificat pour la durée la plus courte des deux possibilités suivantes :

- Une période qui dépasse le délai de carence indiqué dans le tableau des garanties, ou
- Une période de plus de 30 jours

L'entreprise doit alors nous faire parvenir un formulaire de demande de garantie Incapacité/Invalidité ainsi qu'une déclaration d'invalidité de l'employeur dûment remplis, accompagnés de tous les documents indiqués en pages 20-21. Les garanties seront payées une fois que la demande d'indemnité aura été jugée valide.

Quand sera versée la garantie Invalidité ?

L'entreprise doit nous informer par écrit dès que possible si l'incapacité de travail d'un(e) employé(e) assuré(e) évolue en invalidité. L'entreprise doit alors nous faire parvenir un formulaire de demande de garantie Invalidité accompagné de tous les documents indiqués dans le tableau ci-dessus.

Les garanties seront payées une fois que la demande d'indemnité aura été jugée valide.

Quand sera versée la garantie Invalidité permanente ?

L'entreprise doit nous informer par écrit dans les six mois si un(e) employé(e) assuré(e) souffre d'invalidité permanente. L'entreprise doit alors nous faire parvenir un formulaire de demande de garantie Invalidité accompagné de tous les documents indiqués dans le tableau ci-dessus. Le traitement des demandes a normalement lieu après 12 mois. Cependant certains cas peuvent prendre jusqu'à 24 mois selon les circonstances individuelles de l'employé(e).

Les garanties seront payées une fois que la demande d'indemnité aura été jugée valide.

Évaluation de la validité d'une demande d'indemnité

Pour que nous puissions évaluer la validité d'une demande d'indemnité, l'employé(e) assuré(e) devra, à notre demande et à nos propres frais, se soumettre à un examen médical conduit par un expert médical que nous désignerons.

Les garanties de cette police seront payées dès que la demande d'indemnité aura été jugée valide, dans la devise indiquée dans le contrat d'entreprise.

Le paiement de toute garantie incapacité/invalidité fera l'objet d'une évaluation de l'expert médical désigné et sera soumis à notre approbation. Si l'entreprise ou l'employé(e) assuré(e) conteste l'évaluation de l'expert médical que nous avons désigné, ils ont la possibilité de présenter, à leurs propres frais, un rapport élaboré par un autre expert médical de leur choix, ce rapport devant donner un avis sur les éléments contestés.

Dans ce cas, nous pourrions demander à l'employé(e) assuré(e) de se soumettre à un dernier examen médical par un autre expert médical, à nos propres frais. L'avis de cet expert médical, qui bénéficiera des données des rapports médicaux précédents, sera définitif.

Nous pouvons demander à tout(e) employé(e) assuré(e) qui bénéficie des garanties dans le cadre de cette police d'effectuer, si nécessaire, des examens médicaux. Si l'examen médical n'a pas lieu dans un délai d'un mois à compter de la date de la demande, nous nous réservons le droit de retarder ou de suspendre le paiement des garanties jusqu'à ce que nous recevions le rapport médical. Le paiement des garanties pourra ensuite commencer ou reprendre, par rétroactivité d'un mois au maximum.

Suspension d'une demande d'indemnité d'invalidité

Une demande d'indemnité peut être suspendue si l'employé(e) assuré(e) :

- Refuse de suivre un programme de traitement raisonnable et d'usage, ou un programme de rééducation.
- N'accepte pas de modifications raisonnables de ses tâches selon le programme de rééducation de l'entreprise.
- Refuse de suivre une formation pour occuper un emploi adapté si, selon toute vraisemblance, il/elle ne peut reprendre son emploi régulier au cours de la période de garantie indiqué dans le contrat d'entreprise.
- Est jugé(e) apte, selon les certificats médicaux dont nous disposons (le cas échéant), à reprendre son emploi régulier.

Paiement des primes

Généralement, les primes doivent être payées à l'avance, dans la devise indiquée dans le contrat et conformément aux conditions figurant dans le contrat d'entreprise. Veuillez également noter que l'entreprise sera responsable de payer les impôts applicables aux primes d'assurance et toute autre taxe ou prélèvement (y compris les prélèvements à la source le cas échéant) pouvant être imposés par le gouvernement à la couverture de l'entreprise. L'entreprise doit payer la prime et les taxes en totalité à Allianz Partners.

Le taux des taxes sur les primes d'assurance, les charges applicables et autres prélèvements peuvent changer au cours de la période de couverture de l'entreprise. Le cas échéant, il peut être demandé à l'entreprise de prendre en charge de tels frais. Toute prime à laquelle l'entreprise ou Allianz Partners a droit, à la suite d'une nouvelle inscription ou d'une résiliation de couverture, doit être versée à Allianz Partners ou remboursée à l'entreprise au prorata.

Le non-paiement de la prime de cette police dans les délais prévus peut entraîner sa résiliation.

Gestion de la couverture

Transfert des polices

La police collective (ou tout élément de celle-ci) ne peut être transférée ou utilisée comme garantie dans une fiducie, un privilège ou en tant que frais, qu'ils soient individuels ou collectifs. Cela signifie que vous ne pouvez transférer aucun droit de cette police collective à une institution financière (par exemple, les employés assurés ne peuvent pas utiliser l'assurance décès fournie sous cette police collective afin d'obtenir un prêt immobilier bancaire).

Inscription des personnes pouvant bénéficier des garanties

L'entreprise devra nous remettre une liste écrite des personnes pouvant bénéficier des garanties (y compris les ayants droit le cas échéant) et à inscrire, et ce avant la date d'effet du contrat d'entreprise et conformément aux conditions du contrat d'entreprise.

Ajouter un ayant droit

Un(e) employé(e) assuré(e) a la possibilité de demander à inclure tout ayant droit pour bénéficier de la garantie Décès par le biais de l'entreprise (sous réserve d'une souscription médicale), dans la mesure où le contrat d'entreprise le permet.

Modifications

L'entreprise doit nous informer par écrit des ajouts, des modifications et des annulations dans un délai de quatre semaines suivant la date à laquelle la personne obtient ou perd le droit correspondant, ou suivant l'événement donnant lieu à la modification telle que l'ajout d'un ayant droit. Au-delà de cette date, nous nous réservons le droit d'ajouter, modifier ou retirer les personnes pouvant bénéficier des garanties à compter du jour où l'avis est donné.

Si, pour quelque raison que ce soit, l'entreprise ne nous avertit pas des modifications et/ou annulations effectuées dans les quatre semaines suivantes, le paiement de la prime restera à la charge de l'entreprise jusqu'à ce qu'elle nous en informe.

Les modifications et annulations ne pourront être antidatées si des demandes d'indemnités ont été traitées. En outre, la date de début de couverture des personnes pouvant bénéficier des garanties ne peut pas être antidatée pour inclure des demandes d'indemnité ou des événements (pouvant donner lieu à une demande d'indemnité) qui ont déjà eu lieu.

Changement de pays de résidence

Nous devons être informés par l'entreprise de tout changement de pays de résidence de la personne assurée. Ce changement peut avoir des conséquences sur la prime d'assurance, même si la personne assurée déménage dans un pays situé à l'intérieur de sa zone de couverture.

Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales en ce qui concerne l'assurance, notamment pour les résidents de ces pays. Il est de la responsabilité de la personne assurée d'informer l'entreprise de tout changement de résidence et de s'assurer que sa couverture prévoyance pour contrats collectifs est conforme à la réglementation locale. Nous lui recommandons de se renseigner auprès d'un conseiller juridique indépendant. Il se peut que nous ne soyons plus en mesure de l'assurer.

Modification des coordonnées

L'entreprise doit nous informer par écrit le plus rapidement possible de tout changement d'adresse privée, professionnelle ou de courriel de la personne assurée.

Correspondance

Toute correspondance écrite doit nous être envoyée par courrier postal affranchi ou par e-mail. D'une manière générale, nous ne renvoyons pas les documents originaux, sauf si vous en faites la demande.

Renouvellement de votre affiliation

Nous enverrons la liste des adhérents à l'entreprise avant le renouvellement. L'entreprise devra vérifier la liste, soulignera tout ajout, toute modification ou toute annulation, puis confirmera qu'elle correspond aux adhérents de la police collective. Si l'entreprise ne nous communique pas les modifications avant la date de renouvellement, nous nous réservons le droit de renouveler la police collective en nous basant sur les dernières informations dont nous disposons à l'égard des adhérents.

Si vous utilisez notre système de gestion simplifiée, veuillez consulter la procédure de renouvellement qui apparaît dans sa totalité dans votre contrat d'entreprise.

Fin de votre affiliation

L'entreprise peut mettre un terme à la couverture d'un assuré en nous en informant par écrit. La couverture prendra automatiquement fin dans les cas suivants :

- À la fin de l'année d'assurance, si le contrat d'entreprise est résilié.
- Si l'entreprise décide de mettre fin à la couverture d'une personne assurée ou ne la renouvelle pas.
- Si l'entreprise ne paie pas les primes ou tout autre paiement dû selon les conditions du contrat d'entreprise.
- Lorsqu'un(e) employé(e) assuré(e) ne peut plus bénéficier de la couverture selon les conditions générales indiquées dans le contrat d'entreprise.
- Quand une personne assurée atteint l'âge limite indiqué dans le contrat d'entreprise.
- En cas de décès de la personne assurée.

Nous pouvons mettre un terme à l'adhésion d'une personne assurée s'il existe des preuves raisonnables que celle-ci nous a induits en erreur ou a tenté de le faire. Cela comprend le fait de fournir des informations fallacieuses ou de ne pas divulguer des informations pertinentes, ou de s'associer à une tierce personne pour nous fournir des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, et qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décision suivantes :

- Déterminer si la personne assurée peut participer à la police collective.
- Définir quelles primes l'entreprise doit payer.
- Déterminer si nous devons payer une demande d'indemnité.

Les conditions suivantes s'appliquent également à la couverture de l'entreprise

Loi applicable : La couverture d'entreprise est régie par le droit et les tribunaux du pays stipulé dans le contrat d'entreprise, sauf disposition contraire de la loi. Tout litige ne pouvant être résolu à l'amiable sera réglé par les tribunaux du pays nommé dans le contrat d'entreprise.

Sanctions économiques : Aucun réassureur ne sera tenu de fournir une couverture et ne sera tenu de régler une demande de versement ou de fournir toute garantie si la mise à disposition de cette couverture, le règlement de cette demande de versement ou la mise à disposition de cette garantie exposerait ce réassureur à des sanctions, interdictions ou restrictions, conformément aux résolutions des Nations unies, à la législation ou à la réglementation de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis et/ou à toute autre sanction commerciale ou économique définies par les lois ou réglementations nationales.

Les montants que nous paierons : Notre responsabilité vis-à-vis de l'entreprise se limite aux montants figurant dans le tableau des garanties et dans tout avenant au contrat. Le montant des versements, que ce soit selon les conditions de cette police, de la sécurité sociale ou de toute autre assurance, n'excédera pas le montant indiqué dans le tableau des garanties.

Lorsque la couverture est fournie par quelqu'un d'autre : Nous pouvons rejeter une demande d'indemnité si l'employé(e) assuré(e) peut être indemnisé(e) par :

- La sécurité sociale
- Une autre police d'assurance
- Tout autre tiers

Le cas échéant, ils devront nous en informer par le biais de l'entreprise et fournir toutes les informations nécessaires.

L'entreprise et/ou l'employé(e) assuré(e) ou tout bénéficiaire (si différent de l'assuré(e)) et la tierce partie ne peuvent, sans notre consentement écrit, conclure un accord ou s'opposer à notre droit de recouvrer toute somme due. S'ils le font malgré tout, nous aurons le droit de demander à l'employé(e) assuré(e) ou à ses bénéficiaires (si différent de l'assuré(e)) de nous rembourser les montants que nous avons versés, et de résilier la police.

Nous sommes également en droit de réclamer à une tierce partie tout montant que nous avons payé pour une demande de versement, si les montants étaient dus ou également couverts par celle-ci. Nous pouvons engager une procédure légale au nom de l'employé(e) assuré(e) ou de ses bénéficiaires (si différent de l'assuré(e)), à nos frais, pour y parvenir. C'est ce qu'on appelle la subrogation.

Circonstances indépendantes de notre volonté (Cas de force majeure) : Nous ferons toujours de notre mieux pour vous. Toutefois, nous ne sommes pas responsables des retards ou manquements dans nos obligations envers vous causés par des circonstances indépendantes de notre volonté. Il peut s'agir de conditions météorologiques extrêmes, inondations, glissements de terrain, tremblements de terre, tempêtes, foudre, incendies, affaissements, épidémies, actes terroristes, éclatements d'hostilités militaires (que la guerre ait été déclarée ou non), émeutes, explosions, manifestations ou autres conflits sociaux, désordres civils, sabotages ou expropriations par les autorités gouvernementales.

Litiges : Allianz Partners et l'entreprise acceptent de suivre la procédure de règlement des litiges détaillée dans le contrat d'entreprise en cas de litige dans le cadre de cette couverture d'entreprise, y compris des différences concernant :

- Un avis médical concernant les conséquences d'un accident/d'une maladie, ou
- Un événement pouvant donner lieu à une garantie, ou
- Une pathologie médicale causée par ou liée à ce contrat d'entreprise

Résiliation et fraude : Nous ne paierons aucune garantie et nous nous réservons le droit de résilier la police d'une personne assurée si :

- La demande d'indemnité est fautive, frauduleuse, ou intentionnellement exagérée.
- Des dispositifs frauduleux ont été utilisés par l'entreprise, la personne assurée ou l'un de ses bénéficiaires (ou par quiconque agissant en son nom ou le leur) afin de tirer avantage de cette police.

Toute somme versée pour des demandes de versement avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission nous sera alors immédiatement redevable.

Atténuation : Pendant une période d'invalidité, l'employé(e) assuré(e) doit prendre des mesures raisonnables pour :

- Faciliter son propre rétablissement, en participant par exemple à un programme de traitement ou de rééducation raisonnable et habituel, ou en acceptant toute offre raisonnable de modification de ses responsabilités proposée par l'entreprise
- Suivre une formation pour occuper un emploi adapté si, selon toute vraisemblance, il/elle ne peut reprendre son emploi habituel au cours de la période de garantie indiqué dans le contrat d'entreprise
- Reprendre son emploi habituel au cours de la période de garantie ou obtenir un emploi adapté
- Obtenir un autre revenu

Un programme de traitement raisonnable et d'usage est :

- Mis en œuvre et prescrit par un médecin, et
- D'une nature et d'une fréquence habituellement requises pour la pathologie concernée, et
- Nécessaire à notre avis

Protection des données et consentement du/de la patient(e)

La manière dont nous protégeons votre confidentialité et traitons les informations personnelles de vos employés est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Vous devez la lire avant de nous envoyer des informations personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur :

 www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier.

 +353 1 630 1303

Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à :

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procédure de traitement des réclamations

Si l'entreprise ou la personne assurée souhaite nous faire part de ses commentaires ou faire une réclamation, elle doit contacter notre service d'assistance. Si nous ne pouvons pas résoudre le problème par téléphone, veuillez nous écrire à :

 +353 1 630 1303

 client.services@allianzworldwidecare.com

 Customer Advocacy Team,
Allianz Care,
15 Joyce Way,
Park West Business Campus,
Nangor Road,
Dublin 12, Irlande.

Nous traiterons votre réclamation conformément à notre procédure interne de traitement des réclamations. Pour plus d'informations, rendez-vous sur :

 www.allianzcare.com/fr/procedure-de-traitement-des-reclamations.html

Vous pouvez également contacter notre service téléphonique pour obtenir un exemplaire de cette procédure.

Définitions

Les définitions suivantes sont applicables aux garanties faisant partie de la couverture prévoyance de l'entreprise, et comprennent également des termes courants. Les garanties dont les assurés bénéficient sont indiquées dans leur tableau des garanties. Lorsque les mots et expressions suivants apparaissent dans ce document et le tableau des garanties, ils auront toujours les significations définies ci-après :

A

Accident : événement soudain et imprévu causant une blessure, et dont la cause est externe à la personne assurée. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, être sujets à un diagnostic et requérir une thérapie.

Age limite : âge maximal de la personne assurée, indiqué dans le contrat d'entreprise, après lequel la couverture prend fin.

Année d'assurance : période comprise entre (et comprenant) la date de début et la date de fin, comme indiqué dans le contrat d'entreprise.

Autres revenus : ceux-ci comprennent :

- toute garantie d'invalidité qu'un(e) employé(e) assuré(e) peut recevoir d'entités gouvernementales, d'une autre compagnie d'assurance ou de son employeur.
- tout revenu provenant d'une activité professionnelle.

Ayants droit : il s'agit du(de la) conjoint(e) ou partenaire de l'employé(e) assuré(e), et de tout enfant financièrement dépendant de l'employé(e) assuré(e) jusqu'à son 18^e anniversaire, ou jusqu'au jour avant son 24^e anniversaire s'il/elle poursuit des études à temps plein, et est nommé(e) dans la couverture de l'entreprise.

C

Contrat d'entreprise : accord passé entre Allianz Partners et l'entreprise, permettant aux personnes pouvant bénéficier de la couverture d'être assurées chez nous. Cet accord détermine les personnes qui peuvent être assurées, le début de la couverture, les modalités de renouvellement et de paiement des primes.

Couverture facultative : lorsque la personne assurée fait une demande pour obtenir une couverture d'assurance au-delà des conditions standard offertes dans le cadre de la couverture d'entreprise.

D

Date de début : il s'agit de la date de début de l'année d'assurance indiquée dans le contrat d'entreprise.

Date de début de la couverture : il s'agit de la date à laquelle la couverture débute en vertu de la couverture de l'entreprise s'appliquant à la personne assurée.

Date de fin : il s'agit de la date de fin de l'année d'assurance indiquée dans le contrat d'entreprise.

Délai de carence (garanties incapacité/invalidité) : période pendant laquelle l'assuré ne peut faire une demande d'indemnités pour bénéficier des garanties incapacité/invalidité, débutant à la première date du congé maladie en raison d'un accident ou d'une maladie. Les garanties soumises à un délai de carence sont indiquées dans le tableau des garanties.

E

Emploi actuel : emploi occupé par l'employé(e) assuré(e) au moment du décès (pour les garanties Décès et Décès accidentel), ou au moment de la perte de membre (pour la garantie Infirmitté permanente accidentelle), ou au moment du congé maladie (pour la garantie incapacité de travail).

Employé(e) assuré(e) : personne pouvant bénéficier des garanties et dont l'entreprise nous a communiqué l'identité, qui est couverte en vertu des conditions du contrat d'entreprise et pour laquelle l'entreprise a payé la prime correspondante.

Employeur/Entreprise/Groupe : il s'agit de l'employeur nommé dans le contrat d'entreprise.

Événement unique : il s'agit d'un accident ou d'une catastrophe naturelle dont la durée n'excède pas 72 heures. Dans le cas d'une catastrophe naturelle, si les perturbations durent plus de 72 heures consécutives, plusieurs événements doivent être pris en compte, chacun d'une durée maximale de 72 heures. La limite « d'événement unique » est indiquée dans le tableau des garanties.

Notes:

- Dans le cas d'une tornade, d'un ouragan, d'un cyclone ou d'une tempête, les demandes de paiement seront traitées comme un événement unique si elles sont en rapport avec la même perturbation atmosphérique.
- Dans le cas d'un tremblement de terre, d'une éruption volcanique ou d'un raz de marée, les demandes seront traitées comme un événement unique si l'épicentre est unique et partagé.

M

Maladie en phase terminale : maladie incurable de stade avancé ou progressant rapidement, et lorsque l'espérance de vie de la personne assurée ne dépasse pas 12 mois d'après le médecin traitant et notre directeur médical.

Médecin : personne autorisée à pratiquer la médecine, conformément aux lois du pays dans lequel les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

N

Nous/Notre/Nos : Allianz Partners.

P

Pathologies préexistantes : maladies dont un ou plusieurs symptômes sont apparus au cours de la vie de la personne assurée, que la personne assurée ait suivi un traitement ou conseil médical ou non. Toute pathologie, dont l'existence aurait raisonnablement pu être connue par l'affilié, sera considérée comme une pathologie préexistante.

Seront également considérées comme préexistantes les pathologies apparaissant entre la date à laquelle la personne assurée a rempli le bulletin d'adhésion et les échéances suivantes (la plus récente prévaut) :

- La date à laquelle nous validons la souscription à la garantie ou
- La date à laquelle nous ajoutons la garantie souscrite à la police du contrat collectif

Par conséquent, il est important que, pendant les périodes décrites ci-dessus, l'entreprise et/ou la personne assurée nous informe de tout changement concernant l'état de santé de l'affilié(e), ainsi que tout changement concernant les éléments importants (éléments susceptibles d'influencer notre évaluation et notre acceptation de cette demande de souscription). En outre, la personne assurée devra fournir des informations complémentaires, si nécessaire.

Toutes les pathologies préexistantes et/ou les éléments importants seront soumis à une souscription médicale, afin de nous permettre d'établir une offre et des conditions d'acceptation de la couverture demandée, lorsque celle-ci dépasse le plafond d'acceptation automatique. Nous serez informé par écrit de toute offre de conditions d'acceptation non-standard.

Veuillez noter que la non-divulgaration de pathologies préexistantes et/ou d'éléments importants peut entraîner le rejet de demandes de versement et invalider les garanties souscrites.

Personnes assurées : il s'agit des employés assurés et de leurs ayants droit dont l'entreprise nous a communiqué l'identité et pour lesquelles l'entreprise a payé la prime correspondante.

Personnes pouvant bénéficier des garanties : sont tous les employés de l'entreprise (tels que définis dans le contrat d'entreprise) qui :

- a) N'ont pas encore atteint l'âge limite de la couverture indiqué dans le contrat d'entreprise et
- b) Sont employés sur la base d'un contrat à durée indéterminée. Les personnes employées sur la base d'un contrat à durée déterminée (d'une durée de plus de 6 mois) peuvent également bénéficier des garanties Décès, Décès accidentel, Infirmité permanente accidentelle et Invalidité permanente. Toute exception supplémentaire s'appliquant à la couverture sera indiquée dans le contrat d'entreprise.
- c) Sont actuellement employés par l'entreprise, et
- d) N'exercent pas une activité contraire à l'avis de leur médecin.

Les employés pouvant bénéficier des garanties mais qui ne sont pas actifs en raison d'un congé maladie ou d'une invalidité à la date de début du contrat d'entreprise ou à la date de début de la couverture peuvent en bénéficier après deux mois de travail (selon les conditions du contrat d'entreprise).

Plafond d'acceptation automatique (PAA) : plafond prédéfini appliqué à la somme maximale pouvant être assurée par personne éligible. Ce plafond est disponible sans souscription médicale. Le PAA figure dans le contrat d'entreprise et peut être modifié chaque année. Nous informerons l'entreprise par écrit de tout changement apporté au PAA.

Profession appropriée : il s'agit d'une profession que l'employé(e) assuré(e) est apte à exercer et qui correspond à sa formation, ses compétences et son expérience.

R

Revalorisation des prestations : pourcentage d'augmentation prédéterminé (comme indiqué dans l'annexe au contrat d'entreprise) pour le montant des garanties payées pour les demandes d'indemnités d'invalidité pouvant survenir pendant l'année d'assurance. La revalorisation est effectuée sous réserve des plafonds

de garanties indiqués dans le tableau des garanties et des conditions générales figurant dans le contrat d'entreprise.

S

Salaire annuel brut : montant du salaire annuel avant déduction d'éventuels impôts sur le revenu. Il inclut les commissions et les primes contractuelles gagnées. En revanche, les autres avantages de l'employé(e) (tels que les véhicules et les logements de fonction, les heures supplémentaires ou les primes discrétionnaires) ne sont pas inclus. Lorsqu'un taux hebdomadaire nous sera mis à disposition, nous le multiplierons par 52 pour obtenir le salaire annuel brut. Lorsqu'un taux journalier nous sera mis à disposition, nous le multiplierons par 5 pour obtenir le taux hebdomadaire, puis nous multiplierons le résultat par 52 pour obtenir le salaire annuel brut.

Somme assurée : montant maximum que nous paierons en cas de demande de versement/d'indemnités, conformément au contrat d'entreprise. La somme assurée est indiquée dans le tableau des garanties.

T

Tâches importantes et essentielles : il s'agit des tâches accomplies lors de l'exercice d'une profession ne pouvant être évitées ou modifiées.

Travaille activement : signifie que l'employé(e) assuré(e) :

- Travaille, et
- Exécute toutes les tâches liées à son poste, et
- N'exerce pas une activité contraire à l'avis de son médecin.

Exclusions

Les garanties ne sont pas versées si la demande d'indemnité est la conséquence de l'un des faits suivants :

CONTAMINATION CHIMIQUE ET RADIOACTIVITÉ

Contamination chimique ou biologique, radioactivité ou toute contamination par le matériau nucléaire, y compris la fission du combustible nucléaire.

MALADIES CAUSÉES INTENTIONNELLEMENT OU BLESSURES AUTO-INFLIGÉES

Les maladies causées intentionnellement ou blessures auto-infligées, y compris le suicide, pendant l'année suivant la date à laquelle la personne assurée a rejoint la police (cette exclusion s'applique uniquement à la couverture facultative, lorsque l'employé(e) assuré(e) décide de prendre une assurance dont les garanties dépassent celles offertes dans le contrat d'entreprise).

PARTICIPATION À UNE GUERRE OU À DES ACTES CRIMINELS

Participation active à :

- La guerre
- Des émeutes
- Des désordres civils
- Des actes terroristes
- Des actes criminels
- Des actes illicites
- Des actes contre une intervention étrangère (que la guerre ait été déclarée ou non)

RISQUE DE GUERRE

- Présence dans un pays en guerre déconseillée par le gouvernement britannique à ses ressortissants (cela s'applique quelle que soit la nationalité de l'employé(e) assuré(e)) et pays vers lequel tout voyage est déconseillé; ou
- Voyager ou séjourner, pour une période de plus de 28 jours par séjour, dans un pays ou une région déconseillée par le gouvernement britannique sauf si la présence est indispensable.

L'exclusion « Risque de guerre » s'applique, que la demande d'indemnité soit, directement ou indirectement, une conséquence de la guerre, d'émeutes, de désordres civils, d'actes terroristes, d'actes criminels, d'actes illégaux ou d'actes contre une intervention étrangère que la guerre ait été déclarée ou non.

TOXICOMANIE

Abus d'alcool, de drogues ou de solvants. L'abus de drogues comprend l'abus de médicaments prescrits et non prescrits, qu'ils soient ou non interdits par la loi.

VOL À BORD D'UN AÉRONEF

Vol à bord d'un aéronef, y compris les hélicoptères, sauf si la personne assurée est passagère et que le pilote dispose d'un brevet, ou s'il/si elle est lui-même/elle-même pilote militaire et a déposé son plan de vol conformément à la réglementation locale.

Remarque : des exclusions supplémentaires pourront s'appliquer si une souscription médicale est nécessaire.

Tableau de référence Infirmité permanente accidentelle

Garantie partielle	% de la somme assurée payable
--------------------	-------------------------------

1. Tête

1,1	Perte irrévocable de la vue d'un œil	40 %
1,2	Perte irrévocable de l'ouïe d'une oreille	30 %
1,3	Extraction partielle de la mandibule ou de la moitié des os maxillaires	40 %
1,4	Perte osseuse du crâne dans toute son épaisseur	
1.4.1	Surface de 3cm ² à 5cm ²	20 %
1.4.2	Surface supérieure à 5cm ²	40 %

2. Membres supérieurs

		Gauche	Droite
2,1	Perte d'un bras ou d'une main	50 %	60 %
2,2	Perte d'un pouce	15 %	20 %
2,3	Perte partielle d'un pouce	5 %	10 %
2,4	Perte permanente d'un os du bras	40 %	50 %
2,5	Perte considérable des deux os de l'avant-bras	30 %	40 %
2,6	Paralysie		
2.6.1	Paralysie d'un membre supérieur	55 %	65 %
2.6.2	Paralysie du nerf radial de l'avant-bras	25 %	30 %
2.6.3	Paralysie totale du nerf circonflexe	15 %	20 %
2.6.4	Paralysie du nerf cubital	25 %	30 %
2.6.5	Paralysie du nerf radial de la main	15 %	20 %
2.6.6	Paralysie du nerf médian	35 %	45 %
2.6.7	Paralysie du nerf radial au poignet	35 %	40 %

2,7 Ankylose			
2.7.1	Poignet dans une position favorable (droit et pronation)	15 %	20 %
2.7.2	Poignet dans une position défavorable (fléchi, étiré ou en décubitus)	25 %	30 %
2.7.3	Coude dans une position favorable (à 15 degrés de l'angle droit)	20 %	25 %
2.7.4	Coude dans une position défavorable	35 %	40 %
2.7.5	Épaule	30 %	40 %
2.7.6	Pouce	15 %	20 %
2,8 Amputation			
2.8.1	Perte d'un index	10 %	15 %
2.8.2	Perte de deux phalanges d'un index	8 %	10 %
2.8.3	Perte de la phalange unguéale d'un index	3 %	5 %
2.8.4	Perte d'un doigt autre que le pouce, l'index et le majeur	3 %	7 %
2.8.5	Perte d'un pouce et d'un index	25 %	35 %
2.8.6	Perte de quatre doigts sans le pouce	35 %	40 %
2.8.7	Perte de quatre doigts dont le pouce	40 %	45 %
2.8.8	Perte de trois doigts sans le pouce ni l'index	15 %	20 %
2.8.9	Perte de deux doigts sans le pouce ni l'index	8 %	12 %
2.8.10	Perte d'un pouce et d'un doigt sans l'index	20 %	25 %
2.8.11	Perte d'un majeur	8 %	10 %

3. Membres inférieurs

3,1	Perte d'un pied	45 %
3,2	Perte partielle d'un pied	35 %
3,3	Perte osseuse dans la cuisse ou des deux os de la jambe	60 %
3,4	Endommagement d'une articulation du genou avec une séparation significative des fragments et une difficulté prononcée du mouvement	40 %
3,5	Endommagement d'une articulation du genou avec une restriction du mouvement	20 %

3,6	Raccourcissement d'un membre inférieur	
3.6.1	Plus de 3 cm	20 %
3.6.2	Plus de 5 cm	30 %
3,7	Paralysie	
3.7.1	Membre inférieur	60 %
3.7.2	Perte du nerf sciatique poplité externe	30 %
3.7.3	Perte du nerf sciatique poplité interne	20 %
3.7.4	Paralysie totale des deux nerfs poplités	40 %
3.7.5	Perte de tous les orteils	25 %
3,8	Ankylose	
3.8.1	Hanche	40 %
3.8.2	Genou	20 %
3.8.3	Gros orteil	10 %
Garantie totale		% de la somme assurée payable

4. Membres supérieurs et inférieurs

4,1	Perte des deux mains ou des deux pieds ou la vue des deux yeux	100 %
4,2	Perte des deux bras ou des deux jambes	100 %
4,3	Perte des deux pieds	100 %
4,4	Perte d'un bras et d'une jambe	100 %
4,5	Perte d'un bras et d'un pied	100 %
4,6	Perte d'une main et d'une jambe	100 %
4,7	Perte d'une main et d'un pied	100 %
4,8	Extraction de la mandibule	100 %
4,9	Perte irrévocable de la parole à la suite d'un traumatisme	100 %
4,10	Perte irrévocable de l'ouïe des deux oreilles	100 %

Note : Dans le cas d'une personne gauchère, à condition que l'employé(e) assuré(e) soit déclaré(e) comme tel(le) lors de sa demande d'indemnité, les taux correspondant au membre supérieur droit s'appliqueront à gauche et vice-versa. Le total des garanties ne pourra excéder 100% du montant assuré, comme indiqué sur le tableau des garanties.

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions :

Service téléphonique 24 h/24, 7 j/7, pour toutes questions ou en cas d'urgence

	Français :	+ 353 1 630 1303
	Anglais :	+ 353 1 630 1301
	Allemand :	+ 353 1 630 1302
	Espagnol :	+ 353 1 630 1304
	Italien :	+ 353 1 630 1305
	Portugais :	+ 353 1 645 4040

Numéros gratuits : www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html

Veillez noter que les numéros gratuits ne sont pas toujours accessibles depuis un téléphone mobile. Dans ce cas, veuillez composer l'un des numéros indiqués ci-dessus.

Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires. Veuillez noter que seul le souscripteur (ou tout représentant désigné) ou le gestionnaire de la police collective peut apporter des modifications à la police. Des questions de sécurité seront posées lors de chaque appel, pour vérifier l'identité de la personne qui appelle.

 E-mail : client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax : +353 1 630 1306

 Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 twitter.com/AllianzCare

Ce document est une traduction française du document en anglais « Company Benefit Guide - International Group Life and Disability Plans ». La version en anglais de ce document est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : au RCS de Bobigny sous le numéro 401 154 679. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.