

Notice d'information

Contrat Collectif Non Responsable Santé

INVESTISSEMENT DANS LA FIBRE DES TERRITOIRES

Contrat n° 196 191 / 527

La présente notice est destinée à l'ensemble des salariés ayant souscrit une option non responsable.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit au **1^{er} janvier 2020** sont définis ci-après.

(Références des Dispositions Générales n° 10 008 294)

Sommaire

I. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS	3
A. GARANTIES FRAIS DE SANTE	3
1) <i>Dans quelles conditions intervenons-nous ?</i>	3
2) <i>Quel est le montant des prestations ?</i>	3
Montant des prestations	3
- Tableau de garanties (cf. lexique en annexe) :	4
- Limitation aux frais réels :	9
- Services Santéclair	10
II. LES FORMALITES A EFFECTUER EN CAS DE SINISTRE	12
1) <i>Faut-il faire une déclaration ?</i>	12
2) <i>Quelles sont les pièces à fournir ?</i>	12
3) <i>Et si un tiers est responsable ?</i>	13
III. GENERALITES	13
1) <i>Territorialité</i>	13
2) <i>Quelles sont les formalités d'affiliation ?</i>	13
3) <i>Quand débutent vos garanties ?</i>	13
4) <i>Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?</i>	13
5) <i>Quand cessent vos garanties ?</i>	14
6) <i>Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) ?</i>	15
7) <i>Une couverture sante peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ?</i>	16
8) <i>Quel est le délai de prescription ?</i>	17
9) <i>Autorité de contrôle</i>	18
10) <i>Contrôle médical</i>	18
11) <i>La protection de vos données personnelles</i>	18
IV. ET EN CAS DE DESACCORD ?	21
V. ANNEXES	22
Annexe I – actes de prévention (article 1 ^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006)	22
Annexe II – lexique pratique	23
Annexe III – Prestations de Service	26

I. Vos garanties et prestations

A. Garanties frais de santé

1) Dans quelles conditions intervenons-nous ?

Nos prestations sont complémentaires aux prestations en nature des assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale et à celles d'Allianz au titre du contrat collectif à adhésion obligatoire dont vous bénéficiez n° 196 191 / 518 dénommé par la suite "contrat de base". Leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par ces organismes des frais engagés par le bénéficiaire, sauf éventuelles dispositions contraires figurant ci-après.

Au titre de l'hospitalisation, nous prenons en charge les frais exposés en établissement public ou privé, sous la double condition que ces frais :

- soient liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale, y compris hospitalisation à domicile et maternité
- aient donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Toutefois, le remboursement des frais est limité lorsque ceux-ci sont exposés :

- dans un établissement de cure thermale: dans ce cas, les frais ne donnent lieu à aucun remboursement au titre de l'hospitalisation
- en établissement de lutte contre les maladies mentales : dans ce cas, la garantie Hospitalisation figurant aux dispositions particulières est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous ne garantissons que le ticket modérateur, et s'il y a lieu, le forfait hospitalier.
- Dans les établissements de soins de longue durée et dans ceux ne relevant pas de la Loi hospitalière, comme les EHPAD ou les résidences autonomie: dans ce cas, nous ne garantissons que le ticket modérateur, et s'il y a lieu, le forfait hospitalier.

Par dérogation, les limitations de garanties mentionnées dans le paragraphe ci-dessus ne s'appliquent pas si la souscription à votre contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche, un accord professionnel ou interprofessionnel qui ne contient pas les limitations de garanties mentionnées dans le paragraphe ci-dessus.

En ce qui concerne les frais exposés à l'étranger, nous les prenons en charge comme s'ils avaient été dispensés en France métropolitaine. Leur prise en charge se fait, dans la limite des garanties correspondantes mentionnées dans le tableau des garanties, de la façon suivante :

- Pour les soins habituellement remboursés par la Sécurité sociale (y compris le régime obligatoire étranger dans le cadre des accords établis entre les pays membres de l'Espace économique européen* (EEE)), si et seulement si la Sécurité sociale continue de les prendre en charge pendant votre séjour.
- Les soins courants non pris en charge habituellement par votre régime obligatoire français (ex : Implants, médecines douces...) sont systématiquement pris en charge selon les garanties de votre contrat et sur présentation des justificatifs qui seront demandés.

2) Quel est le montant des prestations ?

Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités prévues ci-dessous, compte tenu des versements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme. Toutefois, lorsque les frais sont exposés hors de France, nous prenons en compte si nécessaire, pour leur calcul, le taux de change moyen dans le trimestre civil qui précède la date des soins.

Nos garanties Frais de Santé répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale (dans sa rédaction issue de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale) et son décret d'application afin que votre contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ainsi,

- sont respectés les seuils et limites de prise en charge fixés par les textes précités ;
- ne sont pas pris en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins,
- ne sont pas pris en charge la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.
- nous faisons bénéficier chaque bénéficiaire du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur son attestation de tiers payant. Le tiers payant est un système de paiement qui évite au bénéficiaire de faire l'avance des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils lui sont délivrés selon les modalités définies sur l'attestation de tiers payant.

- Tableau de garanties (cf. lexique en annexe) :

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent :

- hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf s'il est précisé « sous déduction des prestations de la Sécurité sociale »
- y compris ceux du régime de base.

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation.

Nature des garanties	Limite de remboursements
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	
Praticiens adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % des Frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale avec un remboursement minimal égal au ticket modérateur
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	90 % des Frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale avec un remboursement minimal égal au ticket modérateur
Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait en vigueur
Etablissements conventionnés	
Frais de séjour	100 % des Frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale avec un remboursement minimal égal au ticket modérateur
Chambre particulière	2 % du P.M.S.S par jour
Transport accepté par la SS	100 % du ticket modérateur
Etablissements non conventionnés	
Frais de séjour	90 % des Frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale avec un remboursement minimal égal au ticket modérateur

Chambre particulière	2 % du P.M.S.S par jour
Transport accepté par la SS	100 % du ticket modérateur
Frais divers	
Frais d'accompagnant en en établissement conventionné(*)	2 % du P.M.S.S par jour
(*) Sont pris en charge au titre de ce poste les frais engagés par le bénéficiaire pour le lit d'accompagnant et les repas pris au sein de l'hôpital ou de la clinique.	
Forfait naissance	
Prestation indemnitaire	15 % du P.M.S.S.
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Généralistes : consultations, visites médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Généralistes : consultations, visites médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Spécialistes : consultations, visites médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	400 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Spécialistes : consultations, visites médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	400 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités Médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : Médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie : Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Médicaments	
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % du ticket modérateur calculé : - soit sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, - soit sur la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments où le tarif forfaitaire de responsabilité ne peut être appliqué.
Matériel médical	
Prothèses médicales appareillage (hors optique et auditif) pris en charge par la Sécurité sociale.-	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Divers	
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	15 % du P.M.S.S. par cure

Aides auditives :				
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans				
Equipements 100% Santé (*)				
Equipement de classe I	100% des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente réels sous déduction des prestations de la Sécurité sociale avec un remboursement minimal égal au ticket modérateur			
Equipements hors 100% Santé				
Equipement de classe II	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du plafond de prise en charge prévue par la réglementation			
Frais d'optique				
Equipements 100% santé (*)				
Prise en charge intégrale de l'équipement 100% santé (classe A) 2 verres + 1 monture	100% des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) y compris les remboursements effectués par la Sécurité sociale.			
	Dans le réseau Santéclair : Equipement avec monture origine France garantie (choix de 80 montures) et 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaires Santéclair Hors réseau Santéclair : Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures)			
Equipements hors 100% santé				
Niveau de défauts visuels et classes visuelles		Dans le réseau Santéclair (*) sur le catalogue de tous les verres et des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair	Hors réseau Santéclair garantie par verre (Sécurité sociale incluse)	
(*) Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.				
Adultes et enfants à compter de leur 18 ^{ème} anniversaire				
Verre Unifocal Classe B	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	Verre simple	0€ de reste à charge soit 100 % des frais réels sur tous les verres et traitements	90 euros
	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2			90 euros
	Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4			
	Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6			
	Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	Verre complexe		120 euros
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4			120 euros
Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25				
Sphère de 0 à +8 et S+C > 6				
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			

Verre Multifocal Classe B	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	Verre complexe	0€ de reste à charge soit 100 % des frais réels sur tous les verres et traitements	160 euros
	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et $S+C \leq 8$ Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et $S+C \leq 8$ Les plages de sphères de $\pm 4,25$ à ± 8 avec cylindre = 0 et cylindres de 4,25 à 8 avec sphère = 0 sont des verres très complexes considérés comme complexes dans les remboursements			160 euros
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre $\geq 4,25$ Sphère de 0 à +8 et $S+C > 8$			185 euros
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			190 euros
Enfants jusqu'à la veille de leur 18 ^{ème} anniversaire				
Verre Unifocal Classe B	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	Verre simple	0€ de reste à charge soit 100 % des frais réels sur tous les verres et traitements	60 euros
	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et $S+C \leq 6$ Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et $S+C \leq 6$			60 euros
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre $\geq 4,25$ Sphère de 0 à +8 et $S+C > 6$			110 euros
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			110 euros
Verre Multifocal Classe B	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	Verre complexe	0€ de reste à charge soit 100 % des frais réels sur tous les verres et traitements	110 euros
	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et $S+C \leq 8$ Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et $S+C \leq 8$ Les plages de sphères de $\pm 4,25$ à ± 8 avec cylindre = 0 et cylindres de 4,25 à 8 avec sphère = 0 sont des verres très complexes considérés comme complexes dans les remboursements			110 euros
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre $\geq 4,25$ Sphère de 0 à +8 et $S+C > 8$			145 euros
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre			145 euros

La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus,
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La période de 2 ans applicable aux assurés de 16 ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet.

La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.

Monture classe B (y compris remboursement de la Sécurité sociale) Adulte et enfant à partir de 16 ans	200 euros
---	------------------

Monture classe B (y compris remboursement de la Sécurité sociale) de 0 à 15 ans	75 euros
---	-----------------

Équipement mixte classes A et B

	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus
2 Verres de classe B + monture de classe A	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente

Autres

	Dans le réseau Santéclair	Hors du réseau Santéclair
Prestations d'adaptation filtres et suppléments optique	0€ de reste à charge soit 100 % des frais	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris les produits d'entretien)	100 € par an et par bénéficiaire avec un remboursement minimal égal au ticket modérateur pour les lentilles prises en charge.	
Chirurgie réfractive de l'œil (opération de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie)	700 € par œil et par bénéficiaire	

Dentaire

Soins et prothèses 100% santé (*)

Équipement 100% Santé	Frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)
-----------------------	--

Soins

Soins dentaires	350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Inlays – onlays	350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Prothèses dentaires :	
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : Dents du sourire (Incisives, canines, prémolaires)	350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : dents du fond de bouche	350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Pilier de bridge sur dent saine	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée, dans la limite de 3 piliers par an et par bénéficiaire
Inlay core	350 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
-Traitements d'orthodontie	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
-Traitements dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstituée sur la base d'un TO 90 par semestre)
Parodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (acte hors nomenclature)	1014 euros par an et par bénéficiaire
Implantologie (implant racine +pilier implantaire)	978 euros par an et par bénéficiaire
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	
Chiropracteurs et ostéopathes reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	150 euros par an et par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	6 % PMSS par an et par bénéficiaire.
Diététicien prescrit par un médecin pour un enfant de moins de 12 ans	30 euros par an et par bénéficiaire.
Actes de prévention	
Les actes de prévention (en application de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale) et listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.	
Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en 2 séances	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale

(*) tels que définis réglementairement dans la limite: des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire.

- Limitation aux frais réels :

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à celle du bénéficiaire après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous ou le bénéficiaire du contrat pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, nous déterminons la limitation, pour chacun des actes ou postes de frais, au montant des frais restant à votre charge.

INVESTISSEMENT DANS LA FIBRE DES TERRITOIRES – Régime santé ensemble du personnel en vigueur au 1^{er} janvier 2020

- Services Santéclair

a. Objet

Service Santéclair est un ensemble de services et de prestations au profit des Bénéficiaires tels que définis ci-dessous au paragraphe 5 « quels sont les bénéficiaires de la garantie » du chapitre III « Généralités », pour leur permettre principalement de diminuer leur reste à charge tout en bénéficiant de soins et d'information de qualité.

b. Services fournis par Santéclair – description et procédure

- *Analyse de devis – conseil*

Les services mis à disposition par Santéclair concernent l'analyse de 10 (dix) devis décrits ci-dessous :

- prothèses dentaires, implantologie, parodontie et orthodontie,
- lunettes, lentilles, chirurgie réfractive,
- audioprothèses,
- honoraires chirurgicaux.

- *Descriptif*

Santéclair analyse les imprimés devis reçus des Bénéficiaires concernant des dépenses dans le domaine dentaire, soit, plus précisément, les prothèses dentaires, les implants, les traitements d'orthodontie et de parodontie, ainsi que, dans le domaine de l'optique, les lunettes, les lentilles et la chirurgie réfractive, ainsi que dans le domaine de la correction prothétique des troubles auditifs et des dépassements d'honoraires pratiqués lors d'acte de chirurgie ou d'obstétrique.

L'analyse du devis a pour objet de renseigner le Bénéficiaire sur l'adéquation de la proposition à ses besoins et au prix proposé par rapport au marché.

- *Procédure de traitement des devis*

Chaque Bénéficiaire peut se procurer un modèle de chaque imprimé devis sur simple demande à Santéclair ou directement sous son espace client allianz.fr.

Lorsqu'un achat d'équipement optique (lunettes ou lentilles), une pose de prothèse dentaire, d'implant ou un traitement d'orthodontie, de parodontie, d'une chirurgie réfractive ou de toute autre chirurgie programmée en secteur 2 et la pose d'une prothèse auditive est envisagée, le Bénéficiaire fait remplir le devis correspondant par le praticien de son choix.

Ce devis est transmis par le Bénéficiaire à Santéclair par courrier, fax ou par e-mail. Le Bénéficiaire dispose d'un numéro de téléphone dédié.

Le Bénéficiaire est contacté dans un délai maximum de 72 heures soit par courrier, soit par téléphone selon le résultat de l'étude du devis.

Le conseiller santé de Santéclair, après analyse du devis au moyen du système informatique mis à sa disposition, communique au Bénéficiaire les informations sur les pratiques et les prix en rapport avec le type de devis ainsi que les montants éventuels pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire, par la garantie complémentaire et l'indication du « reste à charge ».

Le conseiller santé donne toutes les informations techniques relatives à la prestation concernée par le devis, permettant au Bénéficiaire de négocier directement le devis auprès de son praticien s'il le désire.

Le Bénéficiaire reste libre d'utiliser à sa convenance les informations fournies par Santéclair.

Santéclair peut se charger, à la demande du Bénéficiaire, d'une renégociation auprès du professionnel de santé concerné.

Dans ce cas, ce sont les consultants de Santéclair (opticiens, dentistes, orthodontistes, audioprothésistes, médecins etc.) qui prennent contact avec le professionnel de santé afin d'ajuster l'offre aux besoins du client et, le cas échéant, de renégocier le tarif.

En aucun cas, Santéclair ne se substitue au professionnel de santé qui reste le seul décideur des traitements et prestations proposés.

Le conseiller santé rappellera le Bénéficiaire, selon sa convenance, pour l'informer des résultats de la négociation menée par le consultant de Santéclair auprès de son praticien.

Santéclair adressera, à chaque Bénéficiaire ayant utilisé le service devis, une lettre de fin de conseil mentionnant une estimation de remboursement dans le domaine dentaire, devis chirurgical et audioprothèse.

c. Accès à 7 réseaux de partenaires Santéclair

- *Descriptif*

Santéclair a conclu un contrat reconductible annuellement avec des praticiens, professionnels de santé ou établissements de santé s'engageant à ne pas dépasser un tarif maximum pour un certain nombre de prestations, à respecter un cahier des charges qualité ainsi qu'une procédure de tiers payant à la demande du Bénéficiaire pour les 5 premiers réseaux cités ci-dessous.

Cet accord de partenariat a permis de constituer 7 réseaux :

- un réseau national d'opticiens partenaires,
- un réseau national de chirurgiens-dentistes partenaires,
- un réseau de centres de chirurgie réfractive,
- un réseau d'audioprothésistes,
- un réseau d'implantologues dentaires spécialistes,
- un réseau de diététiciennes,
- un réseau d'ostéopathes et chiropracteurs,
- un réseau orthopédique.

- *Procédure d'utilisation des réseaux de partenaires Santéclair*

Sur simple appel téléphonique ou interrogation sur l'espace client allianz.fr, le conseiller Santéclair ou l'outil de géolocalisation fournit au Bénéficiaire, les coordonnées précises d'au moins trois partenaires les plus proches du lieu indiqué par le demandeur. Les bases de données Santéclair permettent de donner au Bénéficiaire toutes les informations sur les engagements contractuels pris par les professionnels de santé partenaires de Santéclair.

Le Bénéficiaire se rend auprès du praticien partenaire de son choix en indiquant qu'il bénéficie des services Santéclair et qu'il souhaite le tiers-payant.

Le praticien vérifie l'attestation de tiers-payant comportant la mention Santéclair.

Allianz, règle directement le praticien du montant porté sur la facture au plus tard dans les dix jours suivant la réception de la facture.

- *Accès à des services web**

Santéclair met à disposition des Bénéficiaires des services accessibles à partir de l'espace client allianz.fr :

- un site permettant la géolocalisation des partenaires des réseaux Santéclair,
- un site d'aide à l'automédication,
- un guide d'information hospitalière,
- un site d'aide au choix de son lieu d'hospitalisation (OWIH),
- des sites d'achat de lunettes et de lentilles à des tarifs attractifs,
- un service téléphonique de diététiciennes,
- une application permettant de calculer le reste à charge sur le devis dentaire.

- *Accès à des services via smartphone*

Santéclair met à disposition des Bénéficiaires des applicatifs clés en main intégrables aux applications mobiles :

- Application géolocalisation des partenaires.

INVESTISSEMENT DANS LA FIBRE DES TERRITOIRES – Régime santé ensemble du personnel en vigueur au 1^{er} janvier 2020

d. Engagements de Santeclair

Santclair met à la disposition des Bénéficiaires du contrat, des moyens et une logistique pour répondre à leurs demandes.

- *Téléphonie et organisation*

La plateforme téléphonique (0 970 809 825) est ouverte du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9h00 à 19h30 et le samedi de 9h00 à 17h00.

- *Délai de réponse et de traitement*

- Délivrance des accords de tiers-payant optique (pour tout dossier complet et respectant le contrat de partenariat) : 24h
- Délivrance des accords de tiers-payant dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive (pour tout dossier complet et respectant le contrat de partenariat) : 48h. En dentaire, le délai est de 72h dès lors que le dossier est transmis au contrôle médical de Santclair.
- Traitement des devis reçus des Bénéficiaires : restitution réalisée au Bénéficiaire en 72h maximum pour tout dossier reçu complet.

II. Les formalités à effectuer en cas de sinistre

1) Faut-il faire une déclaration ?

Le bénéficiaire devra envoyer à l'Assureur les originaux des décomptes de la Sécurité sociale dans deux cas :

- si la télétransmission ne fonctionne pas, ou
- si le tiers payant n'a pas été accordé sur l'intégralité de la part complémentaire.

En l'absence de justification des frais réels exposés et servant de base au calcul de notre remboursement, ceux-ci seront limités à la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale en secteur conventionné.

2) Quelles sont les pièces à fournir ?

En cas d'hospitalisation :

Les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires),

En cas de maladie,

- les décomptes (ou volets) originaux de la Sécurité sociale sauf dans le cas de la télétransmission,
- les factures détaillées et éventuels autres justificatifs des professionnels de santé pour les actes et soins non pris en charge par la Sécurité sociale,
- les factures détaillées pour les frais d'optique et dentaire:
 - Optique (verres plus monture) : ordonnance de l'ophtalmologiste et facture de l'opticien.
 - Prothèse dentaire : facture détaillée indiquant la nature exacte des travaux prothétiques réalisés, des numéros de dents soignées.
 - Soins dentaires : facture détaillée en cas de dépassement d'honoraires.

En cas de natalité :

L'extrait d'acte de naissance de votre enfant.

3) Et si un tiers est responsable ?

Conformément au Code des assurances, vous nous donnez subrogation en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.
Toutefois, nous renonçons à toute action récursoire contre votre entreprise.

III. Généralités

1) Territorialité

Nos garanties vous sont acquises :

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

2) Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous devez remplir et signer une Demande Individuelle d'Affiliation et joindre une copie de votre attestation Vitale et un Relevé d'Identité Bancaire à votre nom.

La Demande Individuelle d'Affiliation permet d'enregistrer votre affiliation au contrat et vous permet de faire bénéficier les membres de votre famille définis à au paragraphe 5) « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ».

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, une fois admis, vous ne pouvez pas être exclu de l'Assurance contre votre gré tant que vous faites partie de la catégorie de personnel à assurer sous réserve des dispositions de l'article L141-3 du Code des assurances.

3) Quand débutent vos garanties ?

Vous prenez la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

- si vous êtes affilié lors de la prise d'effet du contrat : dès cette dernière date,
- si vous êtes affilié postérieurement à la date d'effet du contrat : à votre date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer.

4) Quels sont les bénéficiaires de la garantie ?

Vous-même et les membres de votre famille désignés ci-après bénéficiant d'un régime de la Sécurité sociale :

• votre conjoint

On entend par conjoint, votre conjoint marié ou à défaut votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité – PACS – ou à défaut votre concubin.

Nous considérons comme concubin, la personne vivant maritalement avec vous et sous réserve que les deux conditions cumulatives soient remplies :

- . que vous soyez tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- . que vous ayez déclaré le concubinage lors de votre affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de votre vie commune si celle-ci est postérieure à votre date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la Mairie ou de tout autre justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif,

- **les enfants** ayant droit aux prestations d'un régime de la Sécurité sociale du fait de votre immatriculation ou de votre conjoint, visés à l'article L 160-2 du Code de la Sécurité sociale, ou lorsqu'ils n'ont plus ce droit du fait de leur âge :

- a) jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28ème anniversaire :
 - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des Étudiants, s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - s'ils sont inscrits à Pôle emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an, étant précisé que le contrat en alternance n'est pas considéré comme un premier emploi,
 - s'ils sont à votre charge fiscale ou celle de votre conjoint,
- b) sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à votre charge ou de votre conjoint, au sens fiscal,

- **les ascendants** que vous ou votre conjoint avez à charge au sens fiscal.

Si le régime mis en place par votre entreprise ou dont votre entreprise relève impose la couverture des membres de votre famille, il est précisé que ne sont pas bénéficiaires des garanties au sens du présent paragraphe, les membres de votre famille pour lesquels vous n'avez pas souhaité l'affiliation au contrat conformément à l'article D911-3 du code de la sécurité sociale.

Si le régime mis en place par votre entreprise ou dont votre entreprise relève n'impose pas la couverture des membres de votre famille, alors, votre entreprise peut vous laisser la possibilité d'affilier les membres de votre famille tels que définis à ci-dessus afin que ceux-ci bénéficient des mêmes garanties que vous (Base ou Base et Option).

Les membres de votre famille peuvent être affiliés au contrat ou sortir de cette affiliation :

- c) à chaque 1er janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre,
- d) à tout moment, en cas de changement de situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit l'événement et du paiement de la cotisation correspondante. L'affiliation ou la sortie d'affiliation prend alors effet le 1er jour du mois suivant l'événement.

Les membres de votre famille peuvent être affiliés au contrat ou sortir de cette affiliation mais toute sortie d'affiliation au présent contrat est alors irréversible quelles que soient les circonstances.

Les prestations sont dues au titre des actes, soins et séjours en hospitalisation intervenus au cours de la période durant laquelle le bénéficiaire appartient à la catégorie définie ci-dessus.

Si vous décédez, les garanties sont maintenues gratuitement aux membres de votre famille bénéficiaires pendant la durée d'un mois.

Les intéressés pourront cependant demander, dans les six mois, au plus tard, suivant la date de votre décès, le maintien d'une couverture Santé aux conditions précisées au paragraphe 8 « Une couverture sante peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ? ».

5) Quand cessent vos garanties ?

Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, vous ne pouvez en être exclu tant que vous remplissez les conditions requises pour en bénéficier.

Les garanties prennent fin en tout état de cause :

- dès que vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel à laquelle le contrat d'assurance s'applique, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 7 ci-après « Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) »,
- à la date d'attribution de votre pension vieillesse ou de celle pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale. Toutefois les garanties vous sont maintenues si - bien qu'ayant fait valoir votre droit à la retraite et bénéficiant à ce titre d'une pension vieillesse – vous reprenez une activité professionnelle rémunérée en tant que salarié de l'entreprise adhérente
- et pour les membres de votre famille bénéficiaires tels que définis ci-avant, à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions prévues ci-dessus et en tout état de cause à la même date que vous,
- en cas de résiliation de votre contrat d'assurance.

En cas de suspension de votre contrat de travail pour toute autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, un congé de maternité ou paternité, nous suspendons les garanties pendant la même période et avec les mêmes effets que la cessation.

La cessation des garanties (ou la suspension) entraîne simultanément, tant pour vous que pour les membres de votre famille s'ils étaient garantis, la suppression (ou la suspension) du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant cette date.

6) Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier du maintien de garanties (portabilité) ?

Objet

Les garanties prévues à votre contrat sont maintenues au profit :

- des membres du 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 bénéficier des dispositions de l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale,
- des bénéficiaires tels que définis dans la présente notice, et qui bénéficiaient de ce contrat à la date de cessation du contrat de travail.

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.

Point de départ et durée du maintien des garanties

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

Formalités à accomplir

Votre employeur vous remet le document de maintien des garanties que vous complétez et lui retournez signé, avant la date de cessation de votre contrat de travail.

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

Ce document de maintien des garanties comporte la notice d'information complémentaire à la notice d'information du contrat des salariés.

A l'ouverture et en cours de période de maintien des garanties, vous devrez justifier sur demande auprès de l'Assureur que vous remplissez les conditions prévues par l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles du niveau (Base ou Option) auquel vous étiez affilié à la date de cessation de votre contrat de travail et prévues au Contrat des salariés, au sein de votre entreprise.

Cessation des garanties

Les garanties cessent obligatoirement :

- lorsque vous cessez de percevoir vos allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale,
 - en cas et à la date de résiliation du contrat des salariés (ou de suppression de l'une des garanties).
- Toutefois les assurés qui cessent de bénéficier des garanties du contrat, au terme de la période de maintien, peuvent s'ils sont toujours privés d'emploi et titulaire d'un revenu de remplacement, conserver une couverture santé en adhérant au contrat que nous avons mis en œuvre à cet effet, à la condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent cet événement.

7) Une couverture sante peut-elle être maintenue en cas de cessation de garantie ?

Conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, toute personne qui cesse de bénéficier pour l'une des raisons indiquées ci-après des garanties peut conserver une couverture Santé en adhérant au contrat que nous avons mis en œuvre à cet effet, à la condition d'en faire la demande dans les six mois qui suivent :

- la rupture de son contrat de travail pour l'ancien salarié tel que défini ci-après,
- la date du décès du salarié en ce qui concerne les membres de sa famille,
- la fin de la période de maintien des garanties tel que prévu au paragraphe 5),

Peuvent demander leur adhésion au contrat, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- l'ancien salarié qui, en raison de la cessation de son contrat de travail (ou à l'issue de la période de maintien dans le présent contrat) a cessé de bénéficier de la garantie Frais de Santé du présent contrat et qui perçoit :
 - soit une rente d'incapacité ou d'invalidité,
 - soit une pension de retraite ou d'incapacité au travail,
 - soit un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi,
- les membres bénéficiaires de la famille de l'ancien salarié qui cessent également de bénéficier des garanties en raison du décès du salarié.

Une lettre d'information relative à la possibilité de demander le maintien de couverture sera adressée par l'Assureur :

- à l'ancien salarié percevant une rente d'incapacité ou d'invalidité, une pension de retraite ou d'incapacité au travail, un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi, dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de période de maintien des garanties visé au paragraphe 7),
- aux personnes garanties du chef de l'Assuré décédé, dans un délai de deux mois à compter du décès du salarié.

8) Quel est le délai de 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 :

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

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

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

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

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

Article L 114-2 du Code des assurances :

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

Article L 114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

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

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

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

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

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil :

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

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

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

Article 2246 du Code civil :

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

9) 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) - 4 place de Budapest- CS 92459-75436 Paris Cedex 09

10) Contrôle médical

Nous nous réservons le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé des bénéficiaires et des soins effectués. Nous pouvons demander, si besoin, toute pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie.

11) La protection de vos données personnelles

Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos « données personnelles ». Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre adhésion au contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre adhésion au contrat et respecter nos obligations légales

Vos données personnelles nous sont indispensables pour vous identifier comme pour conclure et exécuter votre adhésion au contrat.

Vos données de santé font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux vous connaître... et vous servir

En nous permettant de mieux vous connaître, vos données nous aident à vous présenter et/ou vous proposer des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation... **Avec votre accord express**, vos données peuvent servir également un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces garanties, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Nous n'avons pas pu conclure une adhésion au contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans maximum après le dernier contact entre vous et votre intermédiaire ;
- médicales : 5 ans maximum à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre adhésion au contrat. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle ;**
- le droit d'accès et de rectification, quand vous le souhaitez ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;

- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre mort. Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable de vos données ? ».

Enfin, le site de la CNIL vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles : www.cnil.fr.

Qui est responsable de vos données ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :

Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
www.allianz.fr

Comment exercer vos droits ?

Pour vous opposer à l'utilisation de vos données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, vous pouvez nous solliciter directement ou écrire au « délégué à la protection des données personnelles (DPO) » de l'assureur. Pour savoir à quelle adresse écrire, rendez-vous au paragraphe « Vos contacts ».

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.

Vos contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit d'écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

*
* *

IV. Et en cas de désaccord ?

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel d'Allianz France.
Si sa réponse ne vous satisfait pas, il vous suffit d'adresser un courrier à

**Allianz Relation Clients - Case Courrier S1803 –
1, Cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex**

ou un courriel à

clients@allianz.fr

Vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse qui vous a été apportée après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus ? Vous pouvez faire appel au Médiateur de l'Assurance dont les coordonnées sont les suivantes : TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09. Cette action n'aura aucun préjudice sur vos éventuelles autres voies d'actions légales.

*
* *

V. Annexes

Annexe I – actes de prévention (article 1^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006)

En application de l'article R 871-2 II du Code de la Sécurité sociale, les garanties de votre contrat d'assurance doivent comprendre la prise en charge totale du ticket modérateur pour deux des prestations de prévention fixées réglementairement.

Nous prenons en charge, l'ensemble des actes de préventions ci-dessous dans les conditions fixées au tableau de garanties :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus - et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L 162-1-7, la prise en charge au titre de l'arrêté précité est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Annexe II – lexique pratique

Définitions :

- **« 100 % santé »** : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

- **Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :**

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Sont visés—l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- **PLV : Prix Limite de Vente** des montures et verres de classe A sont fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'art L 165-1 du code de la Sécurité sociale

- **Honoraires limites de Facturation** : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires dont en particulier celles contenues dans le panier « à prise en charge renforcé ».

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale** : Tarif de référence déterminé entre l'Etat et les fédérations de professionnels de santé sur lequel la Sécurité sociale calcule son remboursement.

- **Dépassement d'honoraires** : Somme qu'un praticien peut vous demander de payer au delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

- **Frais réels** : Dépense réellement engagée.

- **Montant de remboursement de la Sécurité sociale** : Somme que la Sécurité sociale vous rembourse.

- **Tarif forfaitaire de responsabilité** : Tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. Il est fixé en fonction du prix du générique correspondant.

- **Tarif opposable** : est le tarif conventionnel (non libre) imposé par convention aux praticiens médicaux.

- **Ticket modérateur** : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par cet organisme.

- **P.M.S.S. : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.**

- **Ticket modérateur** : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par cet organisme.

Dentaire

- **Inlay – Onlay** : C'est une pièce coulée en laboratoire à partir de l'empreinte de la cavité. Lorsqu'une grosse carie ne peut plus être traitée par un amalgame classique (plombage) le chirurgien-dentiste colle un Inlay/Onlay sur votre dent.

- **Couronne** :

Une couronne recouvre une dent abîmée. Elle nécessite la présence d'une racine. Elle peut être réalisée en différents matériaux. Les plus couramment utilisés sont la céramique sur métal non précieux et le métal non précieux. La couronne en céramique est plus esthétique, elle est réalisée dans une teinte proche de celle de vos dents. Elle peut toutefois être plus fragile nous ne les recommandons pas pour les dents du fond de la bouche, une couronne en métal non précieux est préférable.

Pour les autres couronnes en métal, le métal précieux ou semi précieux n'est recommandé qu'en cas d'allergie.

Selon l'état de la dent, la couronne est posée seule ou sur un **Inlay Core** (qui s'insère à l'intérieur de la racine) et sur lequel la couronne sera scellée.

- **Bridge** :

Un bridge est nécessaire quand une ou plusieurs dents sont absentes. Les dents de part et d'autres sont les piliers et doivent être couronnées. Les dents absentes sont remplacées par des inter de bridge.

- **Appareil dentaire** :

Les dents absentes peuvent être remplacées soit par une prothèse mobile en résine rose, soit par un stellite, plus léger et plus confortable.

- **Implant** :

L'implant permet de remplacer une dent manquante. C'est un support inséré dans l'os qui remplace la racine de la dent absente.

Une prothèse est ensuite fixée dans l'implant racine. Elle est composée d'un pilier implantaire et d'une couronne.

- **Orthodontie** :

Des dents mal positionnées ou mal alignées rendent parfois le nettoyage difficile favorisent l'apparition des caries, l'inflammation des gencives et peuvent gêner le fonctionnement de la mâchoire.

Le traitement orthodontique permet de ramener les dents à une meilleure position en exerçant une contrainte pendant plusieurs mois.

Il est généralement réalisé vers 10-12 ans pour une durée de 6 mois à 3 ans.

La Sécurité sociale prend en charge les semestres de traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 16 ans à 100 % de la base de remboursement dudit organisme.

Optique

- **Verres simples** :

verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,

verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,

verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

- **Verres de correction complexe :**
 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
 verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
 verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
 verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
 verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

- **Verres de correction très complexe :**
 verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries;
 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*
* *

Annexe III – Prestations de Service

Les prestations d'assistance de la présente convention sont mises en œuvre par :

AWP France SAS
SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-dessous désignée sous le nom commercial « Allianz Assistance ».

Les services d'assistance du contrat ont pour vocation de faciliter au quotidien la vie du Bénéficiaire tel que défini au paragraphe III.5) « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? » 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 09.69.32.35.36 (appel non surtaxé). Pour permettre son identification, le numéro de contrat souscrit par son entreprise sera demandé ainsi que le numéro de protocole Allianz : 620 858.

a) Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un Accident. La survenance brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ruptures d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale...) ne peut être assimilée à un Accident.

Animal de compagnie

Chiens et/ou chats du Bénéficiaire (à l'exclusion de tout autre animal), à la condition qu'ils aient reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{ère} et 2^{nde} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Ascendant dépendant

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

Bénéficiaires

Personne physique assurée au titre du contrat telle que définie au paragraphe III.5) « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? ».

Domicile

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

Hébergement

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris) consécutifs à un événement garanti, à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

Hospitalisation

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

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins d'Allianz Assistance
- les hospitalisations pour :
 - o les Maladies et Accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat
 - o l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences ainsi que les grossesses ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance.

Maladie

Toute altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique

Maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave

Sont considérées comme maladies graves, les maladies suivantes, attestées par certificat médical :

- Accidents vasculaires cérébraux avec séquelles neurologiques
- Cancers
- Dépression
- Greffes d'organes principaux (rein, cœur, foie, poumon, moelle osseuse)
- Infarctus du Myocarde
- Leucémies
- Lymphomes
- Maladie de Parkinson
- Maladie d'Alzheimer
- Sclérose en plaques
- VIH (virus de l'immunodéficience humaine)

Proches assurés

Membres de la famille du Bénéficiaire résidant sur le territoire où se situe le Domicile du Salarié et pouvant également bénéficier des prestations d'assistance du contrat.

Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train 2^e classe,
- avion en classe économique,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km),
- véhicule de location.

Véhicule de location

Le Véhicule de location mis à la disposition du Bénéficiaire ou du Proche assuré, est à prendre et à rendre dans la même agence indiquée par Allianz Assistance.

La location d'un véhicule est effectuée dans la limite des disponibilités locales et pour un conducteur remplissant les conditions exigées par les loueurs (âge, ancienneté de permis, dépôt de caution par carte bancaire au nom du conducteur...).

La location comprend la prise en charge par Allianz Assistance des primes correspondant aux assurances obligatoires (responsabilité civile) et complémentaires couvrant les accidents (CDW) et le vol/vandalisme (TP), **sous conditions de franchises incompressibles facturées au Bénéficiaire en cas de sinistre. Les couvertures additionnelles telles que le rachat total de franchise ou l'assurance accident personnelle/ effets personnels (PAI) restent à la charge du Bénéficiaire.**

Les frais de carburant, de péage, de stationnement et de gardiennage du Véhicule de location sont à la charge du Bénéficiaire ou du Proche assuré.

b) Conditions d'exécution des prestations d'assistance

Validité territoriale

Les prestations d'assistance sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire, en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique et Réunion.

Durée de validité

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du présent contrat d'assurance souscrit auprès d'Allianz Vie et de l'accord liant Allianz Vie et Allianz Assistance pour la délivrance de ces prestations.

c) Informations et orientation médicale

Les prestations décrites ci-dessous sont accessibles au Bénéficiaire dès la prise d'effet du contrat et pendant toute la durée de validité.

Lors de l'appel du Bénéficiaire, Allianz Assistance lui proposera un entretien avec un médecin d'Allianz Assistance. Si le Bénéficiaire accepte, il sera rappelé par un médecin d'Allianz Assistance dans les plus brefs délais. Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Allianz Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire.

Lors de l'entretien avec le médecin d'Allianz Assistance, le Bénéficiaire peut obtenir des informations relatives à sa santé, à sa Maladie, à son Hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant, ou des informations relatives à son suivi.

Sans faire de diagnostic ni de prescription, le médecin d'Allianz Assistance intervient en soutien du médecin traitant : il conseille, oriente, prévient, rassure, alerte, apporte son soutien professionnel au Bénéficiaire.

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles.

Informations d'ordre général relatives à la santé

Les établissements de soins

- les urgences (numéro du SAMU, pompier, centre anti-poison...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités...

Les questions générales sur la santé

- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : obligatoires/ conseillées, risques liés à la vaccination

Les facteurs de risques

- les problèmes d'alcool, de tabagisme, de drogues
- les problèmes liés au poids

Les questions de médecine générale

- les traitements et les conséquences d'une maladie
- des informations relatives à une analyse biologique ou un examen
- des informations relatives à une prescription
- les modalités de suivi d'une maladie aiguë ou chronique

Les questions relatives aux médicaments

- les médicaments originaux
- les médicaments génériques
- les médicaments disponibles en vente libre Les informations préventives
- risque de transmission aux enfants (génétiquement)
- risque de contagion pour l'entourage
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité sociale...)

Informations sur les médecines alternatives

Allianz Assistance oriente le Bénéficiaire vers une médecine alternative, adaptée à sa pathologie, telles que :

- thérapies manuelles : kinésithérapie, ostéopathie, chiropraxie, réflexologie, médecine orientale/ chinoise
- acupuncture, auriculothérapie
- mésothérapie
- homéopathie, phytothérapie
- thalassothérapie
- luminothérapie, hypno thérapie

Orientation vers un centre de prise en charge de la douleur

Allianz Assistance oriente, en cas de douleurs, le Bénéficiaire vers les Centres de Lutte contre la Douleur (CLUD).

- d) En cas d'Hospitalisation, prestations pour aider le bénéficiaire à faire face à des situations qui peuvent rapidement déstabiliser son organisation quotidienne

Les prestations décrites ci-dessous sont prises en charge, dans la limite de 2 (deux) Hospitalisations par année civile et par Bénéficiaire.

Conseil social

Les prestations sont à utiliser dans un délai de 15 (quinze) jours maximum à compter de la date de sortie de l'Hospitalisation.

Étude, évaluation de la situation

Le conseil social a pour objectif d'aider le Bénéficiaire à faire face à sa nouvelle situation en proposant les services suivants :

- Écoute.
- Évaluation.
- Informations sur la législation sociale (accès aux structures et dispositifs de droit commun).
- Régulation et orientation vers les services appropriés.
- Recherche de ressources & financements externes.

S'appuyant sur une équipe de spécialistes du domaine médico-social, Allianz Assistance procède, par téléphone, à une analyse de la situation médico-sociale et socio-économique destinée à détecter les diverses difficultés auxquelles le Bénéficiaire est confronté et à lui proposer des solutions.

Allianz Assistance réalise une évaluation des besoins du Bénéficiaire et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants :

- La maternité : assurance maternité, l'interruption volontaire de grossesse.
- Les prestations familiales : conditions générales d'attribution, les différentes prestations, la tutelle.
- L'accueil du jeune enfant : les congés de naissance, la protection médico-sociale de l'enfant, les assistantes maternelles, les travailleuses familiales, les établissements et services d'accueil des jeunes enfants, les employés de maison, les aides financières pour la garde des enfants.
- L'emploi et le chômage : salaire, rupture du contrat de travail, convention de conversion, RSA, insertion professionnelle des chômeurs, la femme enceinte et le contrat de travail.
- Le logement : les aides à l'amélioration de l'habitat.
- La maladie et l'accident : prévention et médecine sociale, assurance maladie, accidents du travail, maladies professionnelles, la protection complémentaire, l'Hospitalisation à Domicile.
- Le handicap et l'invalidité : les dispositions en faveur des enfants et des adultes.
- La retraite : l'accueil familial des personnes âgées ou handicapées, APA.

Les prestations sont uniquement téléphoniques ; en aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Préconisation

Allianz Assistance, éclairée par l'analyse de situation, préconise au Bénéficiaire des mesures à prendre et lui explique les diverses procédures pour leur mise en œuvre.

Allianz Assistance aide le Bénéficiaire et l'assiste, le cas échéant, dans les démarches à entreprendre.

Le Bénéficiaire est orienté vers les structures médicales ou sociales compétentes proches de son Domicile et susceptibles d'apporter une réponse adaptée à ses difficultés.

Le Bénéficiaire est libre d'accepter ou non, tout ou partie la préconisation faite par Allianz Assistance

La préconisation comporte deux volets : l'aide aux démarches et le multi-financement.

Aide aux démarches administratives et sociales

Allianz Assistance aide le Bénéficiaire dans ses démarches administratives et sociales.

- Démarches à effectuer
Allianz Assistance expose les démarches administratives ou médicales à effectuer et indique où et comment se procurer les documents nécessaires ainsi que le délai pour les obtenir.
- Aide à la rédaction de courriers types
Afin de faciliter et d'accélérer les demandes, Allianz Assistance aide le Bénéficiaire à la rédaction des courriers pour formuler sa demande auprès des différents organismes.

Le multi-financement : organisation et mise en place de la préconisation

Allianz Assistance, grâce à ses réseaux et ses partenaires du secteur médico-social et social, peut proposer des moyens de financement (multi- financement) dans les domaines énumérés au paragraphe I.A.5.c) « Informations et orientation médicale ». Allianz Assistance peut aider le Bénéficiaire:

- dans la recherche des financements proposés dans le cadre des dispositifs de droit commun. Il appartiendra au Bénéficiaire de solliciter les différents organismes concernés,
- dans la mise en place des solutions proposées par Allianz Assistance et acceptées par le Bénéficiaire.

Suite à l'intervention des différents organismes, si un montant reste à charge, celui-ci sera supporté par le Bénéficiaire.

En aucun cas, les prestations ne sont à la charge financière d'Allianz Assistance.

Accompagnement psychologique

L'objet de cette prestation est d'offrir au Bénéficiaire un accompagnement psychologique lorsqu'il est confronté à une Hospitalisation.

L'appel du Bénéficiaire doit intervenir au plus tard dans les 15 jours suivant la date de sortie de son Hospitalisation. La prestation est rendue de la manière suivante :

Sur simple appel du Bénéficiaire, un rendez-vous téléphonique est pris à sa convenance avec un psychologue clinicien d'Allianz Assistance qui le rappellera pour déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement.

Le rappel du psychologue s'effectue dans les 48h maximum, du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h et 18h (horaire de France métropolitaine).

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

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

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

- Le Bénéficiaire domicilié en France métropolitaine pourra alors bénéficier d'un accompagnement de 12 séances prises en charge par Allianz Assistance avec un maximum de 80 euros par séance.
- Pour le Bénéficiaire domicilié en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, Allianz Assistance rembourse le coût des séances sur présentation des originaux des notes d'honoraires émises par le psychologue, dans la limite de 80 euros TTC par séance, avec un maximum de 12 séances.

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

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

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

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

Prestations à Domicile

Le Bénéficiaire peut contacter Allianz Assistance qui réalisera, par téléphone, une évaluation de sa situation et de son environnement et lui proposera des prestations d'assistance.

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

Les prestations sont à utiliser pendant l'Hospitalisation ou après l'Hospitalisation, dans un délai de 15 (quinze) jours maximum à compter de la date de sortie de l'Hospitalisation.

Allianz Assistance organise et prend en charge, les prestations suivantes :

- Transport

Suite à une Hospitalisation, si le Bénéficiaire doit se rendre depuis son Domicile, à des rendez-vous médicaux et qu'aucun proche ne peut l'y conduire, Allianz Assistance prend en charge, dans la limite de 250 euros TTC, le coût aller et retour d'un taxi ou le ticket d'un Transport en commun (remboursement sur justificatif). Il s'agit nécessairement d'un Transport non médicalisé.

- Aide à Domicile

Suite à une Hospitalisation, Allianz Assistance met à la disposition du Bénéficiaire, une aide à Domicile, dans la limite de 600 euros TTC.

Cette aide à Domicile peut être réalisée :

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

Chaque prestation d'aide à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

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

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

- Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire, et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Allianz Assistance organise et prend en charge dans la limite de 100 euros TTC, la venue d'une aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

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

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

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

- Préparation du retour au Domicile

Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, afin d'assurer son retour au Domicile dans les meilleures conditions, Allianz Assistance organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros TTC, la venue d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire de petites courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

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

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

- Déplacement d'un proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé

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

Allianz Assistance peut également organiser et prendre en charge l'Hébergement du proche désigné par le Bénéficiaire.

Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 2 nuits d'hôtel et un maximum de 75 euros TTC.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, cette prestation est effectuée exclusivement au départ de France métropolitaine.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, cette prestation est effectuée exclusivement au départ de l'île de résidence.

OU

- Transfert au Domicile d'un proche

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

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

Pour les Bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, cette prestation est effectuée exclusivement en France métropolitaine.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, cette prestation est effectuée exclusivement dans l'île de résidence.

OU

- Transfert des enfants, petits-enfants, de moins de 16 ans, fiscalement à charge et/ou des Ascendants Dépendants, au Domicile d'un proche

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

Si nécessaire, Allianz Assistance peut prendre en charge :

- le coût d'un Transport d'un proche accompagnant désigné par le Bénéficiaire,
- L'hébergement de cette personne. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 2 nuits d'hôtel et un maximum de 75 euros TTC.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, cette prestation est effectuée exclusivement en France métropolitaine.

Pour les Bénéficiaires domiciliés en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, cette prestation est effectuée exclusivement dans l'île de résidence.

OU

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

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de garde. Allianz Assistance prend en charge à concurrence de 250 euros TTC.

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

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

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

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

Si aucun proche ne peut assurer le Transport des enfants pour se rendre à l'école ou aux activités extra scolaires, Allianz Assistance peut prendre en charge, dans la limite de 250 euros TTC, le Transport en taxi allé et retour des enfants depuis le Domicile.

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

- Aide pédagogique de l'Enfant

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire supérieure à 2 semaines calendaires consécutives, Allianz Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement et dans la limite de 15h par semaine.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 3 (trois) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'enfant.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

Sont exclues les phobies scolaires.

- Veille ou prise en charge des Ascendants Dépendants

Si aucun proche n'est disponible sur place, Allianz Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite de 250 euros TTC, suivant le besoin, l'intervention :

- soit, d'une auxiliaire de vie agréée qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement...),
- soit, d'une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

- Portage de repas à la sortie de l'Hospitalisation

Sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire, Allianz Assistance organise et prend en charge, le portage de repas au Domicile avec un délai de mise en place de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible le samedi, dimanche et jours fériés. Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners et dîners ».

Il peut s'agir de repas diététiques personnalisés en fonction des besoins alimentaires du Bénéficiaire. Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Allianz Assistance propose :

- soit l'intervention d'une aide-ménagère pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées au paragraphe I.A.5.c) Informations et orientation médicale,
- soit la mise en relation avec un prestataire, sans prise en charge.

Quelle que soit la formule retenue, la prise en charge par Allianz Assistance se fera dans la limite de 250 euros TTC. Le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire.

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

Garde à Domicile de l'enfant de moins de 16 ans, malade ou convalescent, suite à une Hospitalisation
La prestation est assurée par un professionnel agréé. Sa mission consiste à garder l'enfant malade ou convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens (à l'exclusion des soins médicaux).

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales et des horaires d'ouverture des réseaux de garde dans la limite de 250 euros TTC.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

- Assistance aux animaux de compagnie

Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, Allianz Assistance organise et prend en charge, dans la limite de 250 euros TTC la garde de l'Animal de compagnie du Bénéficiaire :

- soit par un professionnel selon les disponibilités locales. Dans ce cas les frais de garde et de nourriture sont pris en charge ;
- soit chez un proche désigné par le Bénéficiaire, dans un rayon maximum de 100 Km autour du Domicile. Dans ce cas, les frais de Transport sont pris en charge.

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

- Livraison de courses

Allianz Assistance prend en charge, dans la limite de 100 euros TTC, la livraison des courses au Domicile et au plus tard dans les 48 heures suivant la date de sortie de l'Hospitalisation.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités. Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

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

- Livraison en urgence de médicaments (prescrits depuis moins de 24 heures par le médecin traitant)

Allianz Assistance recherche :

- une pharmacie proche du Domicile ou une pharmacie de garde,
- les médicaments, sous réserve de disponibilité, et prend en charge dans la limite de 100 euros TTC, l'acheminement au Domicile des médicaments immédiatement nécessaires au Bénéficiaire.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

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

- Livraison et mise à disposition de matériel médical (prescrit depuis moins de 24 heures par le médecin traitant)

La mise en place d'aides techniques (lits médicalisés, fauteuils roulants, accessoires de confort...) permet de faciliter le retour ou le maintien à Domicile du Bénéficiaire.

Allianz Assistance prodigue des conseils personnalisés au Bénéficiaire et à ses proches afin de faciliter le choix du matériel adapté.

Allianz Assistance prend en charge, dans la limite de 100 euros TTC, la livraison du matériel médical prescrit au Bénéficiaire par son médecin traitant. Le prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou e-mail.

Le coût de l'achat ou de la location du matériel, reste à la charge du Bénéficiaire.

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

Mise en relation avec un réseau de services à la personne

Avant, pendant et dans les 30 (trente) jours suivant l'Hospitalisation du Bénéficiaire, Allianz Assistance lui propose la mise en relation avec un réseau de Services à la personne.

Il s'agit d'une offre de mise en relation avec des prestataires, visant à accompagner le Bénéficiaire dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

Les prestataires délivrant des prestations de services à la personne (entrant dans le cadre des activités définies comme telles par le Plan Borloo) sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

L'objectif de ce service est de :

- délivrer de l'information sur les services à la personne,
- mettre en relation le Bénéficiaire avec un prestataire référencé par Allianz Assistance.

Allianz Assistance propose également de mettre en relation ou d'orienter le Bénéficiaire vers des prestataires n'entrant pas dans le cadre du Plan Borloo ou sur demande du Bénéficiaire : coiffeur à Domicile, esthéticienne, pédicure, manucure, massages hors soins thérapeutiques). Les prestations délivrées sont à la charge du Bénéficiaire.

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

e) En cas de Maladie grave attestée par un certificat médical

Sur simple appel téléphonique, Allianz Assistance organise et prend en charge, des prestations destinées à aider le Bénéficiaire atteint d'une Maladie grave et ses Proches assurés à faire face à la situation.

Pour aider le Bénéficiaire et ses Proches assurés à faire face lors de l'annonce de la Maladie grave

En cas de survenance d'une Maladie grave, Allianz Assistance organise et prend en charge, dans la limite de 500 euros TTC un ensemble de prestations de première nécessité, à utiliser par le Bénéficiaire à sa convenance.

Le coût de chaque prestation utilisé vient en déduction du plafond de 500 euros TTC.

Les prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins, une fois pour une même Maladie grave et dans un délai de deux mois à compter de la découverte d'une Maladie grave.

Allianz Assistance réglera directement le coût des prestations aux prestataires missionnés selon les disponibilités locales.

- Mise à disposition de moyen de Transport
 - soit pour le Bénéficiaire souhaitant se rapprocher d'un Proche assuré ou se rendre à des rendez-vous médicaux et qu'aucun proche ne peut l'y conduire,
 - soit pour le Proche assuré venant au chevet du Bénéficiaire malade.
- Mise à disposition d'un Véhicule de location
 - soit pour le Bénéficiaire souhaitant se rapprocher du Proche assuré,
 - soit pour le Proche assuré venant au chevet du Bénéficiaire malade.
- Hébergement dans un hôtel
 - soit pour le Bénéficiaire souhaitant se rapprocher du Proche assuré,
 - soit pour le Proche assuré venant au chevet du Bénéficiaire malade, dans la limite des disponibilités locales.
- Garde à Domicile des enfants ou petits-enfants fiscalement à charge de moins de 16 ans

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

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

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

Pendant ses heures de présence, 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 condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

- Garde des Animaux de compagnie
 - soit par un professionnel selon les disponibilités locales. Dans ce cas, les frais de garde et de nourriture sont pris en charge,
 - soit chez un proche désigné par le Bénéficiaire, dans un rayon maximum de 100 Km autour du Domicile. Dans ce cas, les frais de Transport sont pris en charge.

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

- Aide-ménagère au Domicile du Bénéficiaire ou du Proche assuré

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, 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 du Bénéficiaire ou d'un Proche assuré.

Pour se décharger de certaines tâches quotidiennes

En complément des prestations de première nécessité, sur demande du Bénéficiaire ou du Proche assuré, Allianz Assistance :

- évalue les besoins en services à la personne,
- met en relation le Bénéficiaire ou le Proche assuré avec des prestataires de services à la personne agréés,
- communique au Bénéficiaire ou au Proche assuré toute l'information relative à la défiscalisation associée à ces services agréés ainsi que les informations relatives aux modalités d'intervention, de type mandataires ou prestataires, afin de permettre au Bénéficiaire de choisir les aides les plus adaptées à ses besoins selon sa situation personnelle.

Le règlement des prestataires reste à la charge du Bénéficiaire ou du Proche assuré.

Pour accompagner le Bénéficiaire ou le Proche assuré dans les démarches administratives et sociales

Lorsque la situation l'exige, Allianz Assistance propose un service d'accompagnement du Bénéficiaire ou du Proche assuré sur la durée, destiné principalement à le soutenir de façon personnalisée dans ses démarches administratives et dans sa vie quotidienne.

Le service est composé d'un ensemble de prestations pour faire face à cette nouvelle situation.

- Évaluation

Afin de mieux accompagner le Bénéficiaire ou le Proche assuré sur le long terme, une évaluation personnalisée est réalisée par des professionnels d'Allianz Assistance. Elle permet de mesurer et de connaître :

- le contexte dans lequel la personne évolue,
- ses habitudes de vie,
- son environnement professionnel (situation / employeur),
- son environnement familial (composition, proximité géographique),
- et d'évaluer le contexte matériel dans lequel il vit.

Cette évaluation a pour objectif de déterminer l'ensemble de ses besoins et de l'aider à obtenir les aides auxquelles il peut prétendre compte tenu de sa situation personnelle (par exemple : recherche de multi-financements).

- Diagnostic et mise en œuvre

A l'issue de l'évaluation, et sur demande du Bénéficiaire ou du Proche assuré, Allianz Assistance propose un plan d'actions.

Dans ce cadre, Allianz Assistance assure :

- une coordination et une médiation entre les personnes (professionnels médico-sociaux) et les organismes sollicités,
- un accompagnement à la constitution des dossiers administratifs,
- une expertise sur le plan social délivrée par les assistantes sociales qui permet un suivi de la situation sur le long terme.

Prestations destinées aux Proches assurés afin de mieux gérer la situation au quotidien

Lorsque la Maladie grave est diagnostiquée chez le Bénéficiaire, ses Proches assurés peuvent être amenés à aider le Bénéficiaire malade, à titre non professionnel, dans ses activités de la vie quotidienne.

Ses Proches assurés ont alors besoin d'être écoutés et aidés.

Afin de permettre aux Proches assurés de mieux accepter et de mieux exercer leur rôle au quotidien auprès du Bénéficiaire malade, sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00, hors jours fériés (horaire de France métropolitaine), Allianz Assistance organise et prend en charge, les prestations suivantes :

- Conseils destinés aux Proches assurés

Allianz Assistance propose par téléphone 2 (deux) modules de sensibilisation destinés à prévenir le Proche assuré des risques liés à la nouvelle situation :

- conseils pour rester en bonne santé : limiter les risques de stress, dépression, frustration, perturbation du sommeil, épuisement,
- conseils pour comprendre les difficultés du Bénéficiaire malade.

- Une Formation pratique à Domicile

Allianz Assistance propose au Proche assuré l'intervention d'une infirmière au Domicile du Bénéficiaire ou à son propre Domicile afin de lui montrer et de lui expliquer les bons gestes à effectuer et la bonne attitude à adopter vis-à-vis du Bénéficiaire malade.

L'intervention de l'infirmière à Domicile se déroule en 2 (deux) phases de 3 (trois) heures :

- la première phase est consacrée à travailler avec le Proche assuré uniquement sur différents thèmes (hygiène de vie, transferts et déplacements, toilette, habillage, repas...),
- la deuxième phase est destinée à mettre en pratique les différents thèmes avec le Bénéficiaire malade. Cette prestation d'assistance est acquise uniquement en France métropolitaine.

- Soutien psychologique

Par un psychologue clinicien qui aidera le Proche assuré à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile.

La prestation est rendue par téléphone.

Sur simple appel du Proche assuré, un rendez-vous téléphonique est pris à sa convenance avec un psychologue clinicien d'Allianz Assistance qui le rappellera pour déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement.

Le rappel du psychologue s'effectue dans les 48h maximum, du lundi au vendredi (hors jours fériés) entre 8h et 18h (horaire de France métropolitaine).

Si besoin, le Proche assuré pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe d'Allianz Assistance soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens maximum.

Si la situation du Proche assuré nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

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

- Le Proche assuré domicilié en France métropolitaine pourra alors bénéficier d'un accompagnement de 10 séances prises en charge par Allianz Assistance avec un maximum de 80 euros par séance.
- Pour le Proche assuré domicilié en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion, Allianz Assistance rembourse le coût des séances sur présentation des originaux des notes d'honoraires émises par le psychologue, dans la limite de 80 euros TTC par séance, avec un maximum de 10 séances.

Si le Proche assuré souhaite poursuivre au-delà des 10 séances le coût restant sera à sa charge.

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

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

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

- Une orientation vers les groupes de parole

Pour éviter un isolement du Proche assuré, Allianz Assistance, en fonction des disponibilités locales, oriente et met en relation le Proche assuré avec les Associations et les établissements spécialisés qui proposent des séances de discussion et de réflexion animées par des professionnels et permettent de partager entre proches de personnes malades les différentes expériences.

- Permettre au Proche assuré de faire une pause

Allianz Assistance organise et prend en charge dans la limite de 500 euros TTC un ensemble de prestations à utiliser par le Proche assuré à sa convenance et selon ses besoins, destiné à lui permettre de « faire une pause » et préserver ainsi sa vie personnelle et familiale.

Cet ensemble de prestations est valable une fois par an pendant toute la durée de validité du contrat.

Le coût de chaque prestation utilisé vient en déduction du plafond de 500 euros TTC.

Les prestations peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Allianz Assistance réglera directement le coût des prestations aux prestataires missionnés selon les disponibilités locales.

Les prestations prises en charge sont :

- Une auxiliaire de vie à Domicile auprès du Bénéficiaire, dans la limite des disponibilités locales.
- Une aide-ménagère pour le Bénéficiaire malade ou le Proche assuré dans la limite des disponibilités locales.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 (trois) heures, 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 du Bénéficiaire ou du Proche assuré.

f) Responsabilité

Allianz Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

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, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie <https://www.tresor.economie.gouv.fr/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

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

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Allianz Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux qu'Allianz Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité d'Allianz Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

- Des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

g) Conditions d'applications à toutes les prestations d'assistance

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

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

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

Allianz Assistance ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas de dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire ou de dommages résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense.

Allianz Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tous actes, pièces, factures, certificats médicaux, bulletin d'Hospitalisation..., de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

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

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Allianz Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux qu'Allianz Assistance aurait engagés pour organiser le service.

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

Sont exclues les demandes de remboursements au-delà de 2 (deux) ans à compter de la date de l'événement.

h) Conditions applicables à certaines prestations

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.

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 48 heures.

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

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

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

i) Exclusions générales

Outre les exclusions prévues à la présente convention, ainsi que celles figurant éventuellement dans les définitions contractuelles, sont toujours exclus :

- les demandes non justifiées,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins d'Allianz Assistance,
- les hospitalisations pour :
 - les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences ainsi que les grossesses ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance.
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire et/ou l'absorption

- par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement,
- les conséquences des actes intentionnels et/ ou dolosifs du Bénéficiaire,
 - les conséquences de tentative de suicide,
 - les conséquences :
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,
 - les événements survenus de la pratique par le Bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive : tout sport aérien (y compris delta-plane, planeur, kite-surf, parapente), ainsi que le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3000m, la varappe, la spéléologie, et le parachutisme,
 - les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome lorsque l'activité n'est pas encadrée par un professionnel habilité,
 - l'inobservation par le Bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le Bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité,
 - les événements survenus lors de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
 - les frais de cure thermale,
 - les frais de séjour dans une maison de repos,
 - les visites médicales et les frais s'y rapportant,
 - les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
 - les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique) sauf si ces interventions sont consécutives à un Accident ou une Maladie garantis,
 - les affections de longue durée (ALD), les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/ constituées.

j) Modalités d'examen des réclamations

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

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à :

AWP France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

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

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

Si le désaccord persiste, après la réponse d'Allianz ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>
LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

k) Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

AWP France SAS est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiqués à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant :

informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire :

<https://conso.bloctel.fr>

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

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

l) Déclaration de confidentialité

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

AWP France SAS, entité d'Allianz Partners SAS, est un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS. Elle est également spécialisée dans la prestation de services. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. AWP France SAS est le responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-après :

Finalité	Consentement exprès ?
Administration du contrat (ex. : traitement des réclamations)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre contrat et/ou du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Gestion du recouvrement de créances	Non
Prévention et détection de la fraude	Non
Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	Non

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de nos partenaires commerciaux Allianz Vie et Allianz IARD.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre contrat et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés du groupe Allianz, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés du groupe Allianz, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégataires de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents) et

- annonceurs et régies publicitaires, afin de vous adresser des communications commerciales, conformément à la législation locale et à vos préférences de communication. Nous ne partageons pas vos données personnelles avec des tiers à des fins marketing, sans votre autorisation.

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et – afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Espace économique européen (EEE) par les parties spécifiées ci-dessus, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'EEE par une autre société du groupe Allianz, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend le groupe Allianz, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés du groupe Allianz. Vous pouvez prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'EEE, en nous contactant comme indiqué ci-après. Lorsque les règles internes d'entreprise d'Allianz ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors EEE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'EEE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué ci-après.

Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées,
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles,
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes,
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment,

- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services,
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente.

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué ci-après.

Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis précédemment.

Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous conserverons vos données personnelles pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin du contrat ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- en cas de sinistre – cinq (5) ans à compter du règlement du sinistre,
- en cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre,
- pour toute information sur les réclamations – cinq (5) ans à compter de la réception de la réclamation,
- pour toute information sur le contrat – cinq (5) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Nous vous informons que les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Nous ne conserverons pas vos données personnelles plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen

E-mail :

informations-personnelles@votreassistance.fr

À quelle fréquence mettons nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

*

* *

*
* *

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

*
* *