

Santé

Allianz **Composio** et les Garanties hospitalières

Notice d'information

Assurance Allianz

Avec vous de A à Z

Allianz 



À retenir

Pour **faciliter** votre lecture, les logos suivants vous **aideront** à repérer les **informations importantes**.



À retenir



Bon à savoir

Merci de votre confiance

Tout au long de votre adhésion, les équipes d'Allianz se mobiliseront pour répondre à vos attentes.

Votre contrat se compose de 2 documents :

- **cette notice d'information** : elle décrit le contenu de vos garanties (soins, hospitalières, services et assistance) et précisent les conditions et modalités de fonctionnement de votre adhésion, composé nécessairement de garanties Allianz Composio et des garanties hospitalières en option.
- **votre certificat d'adhésion** : Il reprend vos déclarations personnelles. Il indique la date d'effet de vos garanties, et précise toutes les spécificités ou les options que vous avez choisies ainsi que votre tarif. Également, il intègre votre barème de prestation. Ce dernier détaille le niveau de remboursement de votre garantie soins en cas d'hospitalisation, de soins de ville, de soins dentaires et d'optique, selon les postes choisis.

En cas de contradiction, votre certificat d'adhésion prime toujours sur la notice d'information.

1

Votre application mobile

Vous pouvez télécharger l'application « Mon Allianz mobile » en vous rendant sur App Store ou Google Play. Grâce à elle, vous disposez sur votre téléphone ou tablette de l'essentiel des services disponibles sur votre Espace client.

2

Votre carte de tiers payant toujours avec vous

Téléchargez-la sur votre smartphone depuis Mon Allianz mobile (disponible sur Apple Store et Google Play). Retrouvez-la également dans votre espace client.

3

Des services pratiques

- Votre espace client allianz.fr : vous y trouverez dans le détail vos garanties et options.
- Le service e-courrier : nous mettons certains documents à votre disposition. Dès qu'un nouveau document est disponible, vous êtes averti(e) par e-mail ou SMS.

Plus d'informations sur ces services ? Reportez-vous vite aux paragraphes VII de la rubrique « les garanties soins » et VI de la rubrique « la vie de votre contrat ».



Sommaire

Pour nous contacter-----	2
Tableau récapitulatif-----	3
Principales définitions -----	4
Quelles sont les conditions d'adhésion à Allianz Compositio et à une des garanties hospitalières ? -----	5
I. Le contrat Allianz Compositio et les garanties hospitalières	5
II. Les conditions liées à l'adhérent ou à l'assuré	6
Les garanties soins-----	8
I. La présentation des gammes	8
II. L'hospitalisation	12
III. Les soins de ville remboursés par la Sécurité sociale (hors optique & dentaire)	15
IV. L'optique et l'auditif	16
V. Le dentaire	18
VI. Les soins de ville non remboursés par la Sécurité sociale	20
VII. Les services auxquels vous avez droit	20
Les garanties hospitalières : Classic ou Plus-----	22
I. Quel est l'objet de votre garantie ?	22
II. Quelles sont les conditions d'adhésion ?	22
III. Quelles sont les exclusions ?	22
IV. Quelles sont les hospitalisations qui donnent droit au versement de l'allocation ?	23
V. Quand recevez-vous l'allocation forfaitaire ?	23
VI. Comment est calculée votre allocation ?	23
VII. La durée de versement de votre allocation forfaitaire	23
VIII. L'hospitalisation de votre enfant	24
IX. La déclaration de sinistre	24
La vie de votre contrat-----	25
I. Vos obligations	25
II. Votre cotisation	25
III. La modification de vos garanties	27
IV. Le règlement de vos prestations	28
V. La fin de votre adhésion	29
VI. Les informations générales	30
Les garanties assistance-----	36
I. Les conditions de mise en œuvre	36
II. Exclusions générales	36
III. L'assistance Information	37
IV. Au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès	38
V. En cas de traumatisme psychologique	42
VI. En cas de chimiothérapie/radiothérapie pour traitement du cancer	43
VII. En cas de chirurgie ambulatoire	43
VIII. Assistance et conseil en ressources sociales	44
IX. En cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger	44
X. En cas de décès en voyage en France ou à l'étranger	46
XI. Service d'information et de mise en relation avec des prestataires de services à la personne	46
XII. Dispositions générales	48
XIII. Modalités d'examen des réclamations	50
XIV. Protection des données personnelles	51
Lexique -----	52



Pour nous contacter

Une question, une demande ?

Pour vos garanties Soins / Hospitalières

Via votre espace adhérent	Accessible sur www.allianz.fr
Par téléphone	0 978 978 078 (Appel non surtaxé)

	Pour vos demandes de gestion	Pour vos demandes de remboursement
Par e-mail	masante@allianz.fr	remboursementsante@allianz.fr
Par courrier	Allianz TSA 61001 67018 Strasbourg	Allianz Remboursements Soins TSA 80101 59883 Lille Cedex 9

Pour vos services Assistance

	Depuis la France	Depuis l'étranger
Par téléphone	0 969 391 929	00 33 1 40 25 58 61
Par fax	01 40 25 52 62	00 33 1 40 25 52 62

N° de protocole à communiquer à votre interlocuteur

	Enfant	Adulte	Sénior
Hospi ou Classic	921035	921040	921039
Plus	921036	921037	921038

Pour vos services Allianz Santé Service (réseaux de soins, devis...)

Par téléphone	0 970 809 815 (Appel non surtaxé)
---------------	-----------------------------------

Pour envoi de vos devis à analyser

Par e-mail	devis@santclair.fr
Par courrier	Santclair 7 mail Pablo Picasso - CS 74606 44046 Nantes Cedex 1
Par fax	01 47 61 21 04



Tableau récapitulatif

L'assurance santé Allianz c'est :

3 profils	Enfant	Adulte		Sénior
4 gammes	Hospi	Budget	Classic	Plus
Hospitalisation	●	●	●	●
Soins courants		●	●	●
Optique/auditif		●	●	●
Dentaire		●	●	●
Renfort				
Hospitalisation (Sérénité)			En option	Inclus
Pharmacie & médecines douces (confort)			En option	Inclus
Services				
Allianz Santé Service (réseaux de partenaires Santéclair)	●	●	●	●
Guide de l'automédication	●	●	●	●
Espace client sur www.allianz.fr	●	●	●	●
Mon Allianz Mobile	●	●	●	●
ADPS	●	●	●	●
Assistance				
Information générale	●		●	●
Aide-ménagère	●		●	●
En cas de voyage en France ou à l'étranger	●		●	●
+ 1 offre complémentaire				
Garanties hospitalières (Classic ou Plus)	En option	En option	En option	En option

Légende

● : Garanties et services



Principales définitions

Nous

Désigne Allianz, Mondial Assistance, pour les garanties assistance, ou Santéclair pour nos réseaux partenaires.

Vous

Vous désigne comme adhérent.

BRSS

Correspond à la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (ex : le prix d'une consultation chez un généraliste de secteur 1 est de 25 €). C'est sur cette base que la Sécurité sociale calcule son remboursement.

Régime obligatoire

C'est l'organisme social, auquel tout le monde est obligatoirement affilié, qui rembourse la plupart de vos frais de santé. Il en existe 3 principaux : le régime général (CPAM) pour les salariés du secteur privé, le régime agricole (MSA) pour les agriculteurs et le régime social des indépendants (RSI) pour les commerçants et artisans. A côté, existent aussi des régimes spéciaux : SNCF, RATP, EDF-GDF, Banque de France, l'Assemblée nationale...

Tiers payant

Vise le système de paiement qui vous évite de faire l'avance de tout ou partie des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.

Retrouver les autres définitions dans le lexique en fin de document



Quelles sont les conditions d'adhésion à Allianz Composio et à une des garanties hospitalières ?

I. Le contrat Allianz Composio et les garanties hospitalières

Ce contrat correspond à 2 contrats collectifs à adhésion facultative, dénommés « Allianz Composio », souscrit auprès d'Allianz IARD par l'Association De Prévoyance Santé (ADPS), au profit de ses adhérents. Ces contrats sont régis par le Code des assurances et le droit français.

Les 2 contrats collectifs sont :

- pour les Travailleurs Non Salariés Non Agricoles, le n° 01ADPS s'ils souhaitent bénéficier du dispositif exclusivement réservé aux Travailleurs Non Salariés Non Agricoles (TNSNA - article L144-1 du Code des assurances),



ce dispositif est non applicable pour la garantie Hospi du fait de son caractère non responsable,

- pour les autres, le n° 02ADPS.

1. Le souscripteur

L'Association De Prévoyance Santé (ADPS) est le souscripteur du contrat. Il s'agit d'une association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, enregistrée à la Préfecture des Hauts-de-Seine sous le numéro W922002348.

Siège social : Tour Neptune – CC 1932 – 20 place de Seine – La Défense 1 – 92400 Courbevoie.

Vous pouvez consulter les statuts et toutes les informations concernant l'association sur le site www.adps-sante.fr. L'ADPS représente et défend vos intérêts.

L'ADPS a pour objet :

- de susciter et de développer auprès de vous la prévention en matière de santé et de prévoyance.
- de participer à la prévention par :
 - la diffusion d'informations et de conseils intéressant la protection de la santé (notamment à travers son site internet www.adps-sante.fr et son magazine « Echos Santé »),
 - la promotion d'initiatives visant à la formation et à l'éducation en matière de santé,
 - le soutien à la recherche médicale.
- de vous rendre attentifs à l'évolution et à la maîtrise des dépenses de santé,

- de développer l'aide sociale à votre profit (notamment par un soutien et un accompagnement ponctuel en cas de difficulté, ou encore la livraison de « coffrets-naissance » comportant des articles textiles et jouets à l'occasion d'une naissance) et éventuellement en faveur d'organismes extérieurs (telles que des associations investies dans la prévention et le soutien dans le domaine de la santé et les initiatives de recherches),
- de soutenir par tous moyens :

- des actions envers les jeunes ou les adultes, dans le cadre de leur préservation, intégration ou réintégration sociale ;
- des actions visant à faire la promotion, la défense et le développement de l'association.

Pour financer ces actions, les ressources de l'ADPS sont constituées des seules cotisations statutaires annuelles appelées auprès de ses adhérents.

2. L'assureur

L'ensemble des garanties et options du contrat Allianz Composio et garanties hospitalières est assuré par Allianz IARD (branches 1 « accident » et 2 « maladie »), entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 991 967 200 euros, dont le siège social est situé au 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex - 542 110 291 RCS Nanterre.

L'ADPS n'a reçu aucun pouvoir d'Allianz IARD pour exercer en son nom quelque acte que ce soit en matière de distribution, adhésion, gestion, ou tout autre domaine concernant ces contrats.

3. Modification ou résiliation du contrat d'assurance groupe

Ce contrat collectif a pris effet le 4 avril 2011 pour une première période allant jusqu'au 31 décembre 2011. Il se renouvelle annuellement, chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction. Il peut chaque année être résilié au 31 décembre par Allianz IARD ou l'ADPS moyennant un préavis de 6 mois.

- En cas de modification du contrat portant sur vos droits et obligations, vous en serez informé par écrit en application de l'article L141-4 du Code des assurances, par l'ADPS dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée



en vigueur. Suite à ces modifications, vous pouvez résilier votre adhésion si vous le souhaitez.

- En cas de résiliation du contrat, vous en serez informé au minimum dans un délai de 3 mois avant la date d'effet de cette dernière et continuerez à bénéficier des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de votre adhésion. La gestion des adhésions en cours à la date de la résiliation se poursuivra auprès d'Allianz IARD conformément aux dernières dispositions en vigueur. Cette résiliation entraîne la perte de votre qualité d'adhérent à l'ADPS.

Votre adhésion ainsi maintenue en vigueur est exclue, le cas échéant, du champ d'application du dispositif réservé aux Travailleurs Non Salariés Non Agricoles (article L144-1 du Code des assurances).

- Conformément à l'article L141-6 du Code des assurances, en cas de dissolution ou liquidation de l'ADPS, le contrat se poursuit de plein droit entre vous et nous, ainsi que pour vos bénéficiaires antérieurement adhérents au contrat collectif.

II. Les conditions liées à l'adhérent ou à l'assuré

Lorsque vous adhérez au contrat, vous devenez adhérent à l'association ADPS et disposez d'un droit de vote à l'Assemblée Générale, participant ainsi à la vie de l'association. Le contrat est réservé aux seuls membres de l'association ADPS à jour de leur cotisation statutaire annuelle. Le montant annuel de cette cotisation est de 5 € au 1^{er} janvier 2017. Cette cotisation :

- peut être révisée chaque année par l'association conformément à ses statuts,
- est prélevée automatiquement avec la première cotisation de votre adhésion. Le non-paiement de cette cotisation entraîne la perte de la qualité d'adhérent à l'ADPS.

Cette perte entraîne simultanément, tant pour vous-même en qualité d'assuré que pour les membres de votre famille (vos ayants droit affiliés au contrat), la cessation des aides sociales de l'ADPS à compter de la date de l'événement, même si elles ont débuté ou ont été accordées avant cette date.

En votre qualité d'adhérent à l'association, vous déclarez accepter intégralement les statuts de l'ADPS avec l'engagement d'en respecter toutes les dispositions.

Pour adhérer à Allianz Compositio et optionnellement à une des garanties hospitalières, vous devez aussi remplir les conditions suivantes :

- être une personne physique,
- résider en France métropolitaine,

- être affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire de Sécurité sociale française,

- être âgé :

- au minimum de 18 ans ;
- au maximum de 80 ans inclus pour la gamme Allianz Compositio, hormis pour les offres **Budget** et **Classic** avec des niveaux 1 et 2 pour lesquelles il n'existe aucune limitation d'âge ;
- au maximum de 75 ans inclus pour le produit garanties hospitalières.

Si vous êtes travailleur indépendant, artisan, commerçant ou profession libérale, souhaitant bénéficier du dispositif fiscal de l'article 154 bis du Code général des impôts réservé aux Travailleurs Non Salariés Non Agricoles, votre adhésion intervient dans le cadre du contrat collectif n° 01. Pour bénéficier de ce dispositif fiscal, vous devez être à jour du paiement de vos cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. En outre, cette déductibilité n'est possible que pour les cotisations vous concernant et celles de vos ayants droit au sens de la Sécurité sociale.

A contrario, si vous bénéficiez du régime obligatoire des salariés ou de celui des exploitants agricoles, votre adhésion intervient dans le cadre du contrat collectif n° 2.

1. Qui peut bénéficier de votre adhésion ?

- **L'adhérent**, c'est-à-dire vous,
- **les ayants droit**, c'est-à-dire les personnes que vous avez déclarées comme couvertes par votre adhésion au titre de la garantie Allianz Compositio ou des garanties hospitalières.

Peuvent avoir la qualité d'ayant droit :

- **votre conjoint** ou la personne avec qui vous avez conclu un contrat relevant du régime juridique du Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou la personne avec qui vous entretenez un concubinage notoire et constant, pouvant justifier d'une résidence principale commune durant cette période,
- **vos enfants**, ceux de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin,
- d'une manière générale, **toute personne à votre charge effective et permanente**, vivant sous le même toit que vous.



Quelles sont les conditions d'adhésion à Allianz Composio et à une des garanties hospitalières ?

2. Quelles sont les conditions et formalités d'adhésion ?

Vous remplissez un bulletin d'adhésion sur lequel vous mentionnez les personnes à garantir ainsi que les garanties choisies pour chacune d'entre elles. Il vous permet d'adhérer :

- à l'Association de Prévoyance Santé (ADPS),
- au contrat « Allianz Composio » et optionnellement à une garantie hospitalière.

Aucune formalité médicale n'est exigée, quelle que soit l'offre retenue. Joignez à ce bulletin les pièces demandées :

Dans tous les cas, vous devez nous fournir :

- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé (nous vous conseillons d'en garder une copie),
- un RIB et le mandat de prélèvement SEPA complété si vous optez pour le prélèvement des cotisations. Vous vous engagez à adresser à votre établissement bancaire dès la conclusion du contrat, un mandat SEPA régularisé et signé par vos soins. Ce document vous sera communiqué soit par e-mail soit par courrier,
- un second RIB, si le compte à créditer pour le versement des prestations est différent de celui utilisé pour le prélèvement des cotisations,
- la photocopie de votre attestation Vitale de Sécurité sociale (fournie par votre régime obligatoire), ainsi que celles de vos ayants-droit à rattacher à votre adhésion.

3. Quand prend effet votre adhésion et quelle est sa durée ?

Votre adhésion prend effet à la date précisée sur votre Certificat d'adhésion.

Toutefois, vos garanties soins et hospitalières n'interviennent pas systématiquement ou de manière limitée le cas échéant. Elles peuvent être soumises à des exclusions et/ou des limitations de garantie et/ou des délais d'attente. Pour connaître ceux-ci, il vous suffit de vous reporter aux paragraphes « Les exclusions » et « Les limitations de garanties » correspondant pour chaque garantie soins. Pour les garanties hospitalières, reportez-vous aux paragraphes « Quand recevez-vous l'allocation forfaitaire ? » et « Quelles sont les exclusions ? ».

Votre adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction chaque année à l'échéance principale.

Elle est conclue entre vous et nous dès lors que vous aurez signé la demande d'adhésion (électroniquement ou manuellement). Elle peut être résiliée par vous ou par nous selon les modalités et conditions prévues au chapitre « La vie de votre contrat », paragraphe V.

Nous nous engageons à ne jamais la résilier sauf :

- pour toutes les garanties : par application de l'article L113-9 du Code des assurances en cas de fausse déclaration non intentionnelle et en cas de non-paiement de cotisation, en application de l'article L113-3 du Code des assurances,
- pour les garanties hospitalières : en cas d'atteinte de l'âge limite de garantie.

4. Quels documents vous sont remis et comment se matérialise votre adhésion ?

L'acceptation de votre adhésion est matérialisée par l'envoi d'un certificat d'adhésion, la remise de la présente notice d'information et d'une attestation de tiers payant mentionnant notamment l'identité des personnes assurées.

Le tableau décrivant vos garanties figure dans votre certificat d'adhésion.



Les garanties soins

I. La présentation des gammes

1. Quelles sont les gammes possibles ?

Pour répondre au mieux à vos besoins, Allianz vous propose un éventail de garanties santé adapté à votre profil :

- la gamme **Hospi** pour bénéficier uniquement d'une couverture en cas d'hospitalisation.
- la gamme **Budget** pour couvrir l'essentiel de vos besoins.
- la gamme modulaire **Classic**, composée de 3 socles « hospitalisation/soins courants », « optique/auditif » et « dentaire » déclinés en 4 niveaux de prestations et complétée par 2 renforts en option :
 - un renfort dédié à l'hospitalisation appelé « renfort sérénité » venant remplacer les garanties « hospitalisation » définies dans le socle « hospitalisation/soins courants » en cas d'adhésion,
 - un renfort nommé « renfort confort », pour certains actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ajoutant aux garanties du socle soins courants en cas d'adhésion.

	Niveaux de prestation			
	1	2	3	4
Socles				
Hospitalisation/soins courants	H1	H2	H3	H4
Optique/auditif	O1	O2	O3	O4
Dentaire	D1	D2	D3	D4
Renforts				
Sérénité (hospitalisation)	Oui / Non			
Confort (soins non remboursés par la Sécurité sociale)	Oui / Non			

Si vous choisissez un renfort en option, celui-ci s'applique à toutes les personnes figurant sur votre adhésion.

- La gamme modulaire **Plus**, composée de 3 socles « hospitalisation/soins courants », « optique/auditif » et « dentaire » déclinés chacun en 3 niveaux de prestations pour les profils **Adulte** et **Enfant**, ainsi que définis au paragraphe 2 et

2 niveaux de prestations pour le profil **Sénior**, tel que défini au paragraphe 2.

	Niveaux de prestation		
	5	6	7
Hospitalisation/soins courants	H5	H6	H7
Optique/auditif	O5	O6	O7
Dentaire	D5	D6	D7



Tous les assurés d'un même contrat doivent adhérer à la même gamme (ex : si vous choisissez une garantie de la gamme **Classic**, votre conjoint ne peut adhérer à une garantie de la gamme **Hospi**, **Budget** ou **Plus**). Concernant les enfants, ils doivent disposer obligatoirement entre eux des mêmes garanties, renfort(s) optionnel(s) compris.

2. Quel est votre profil ?

Il correspond à vos besoins selon que vous êtes un enfant, un adulte ou un sénior. Votre profil est déterminé à la date d'adhésion ou ultérieurement à celle de la modification de la garantie.

3 profils sont possibles :

- **Enfant (code garantie débutant par E⁽¹⁾)** : jusqu'à 17 ans inclus.
- **Adulte (code garantie débutant par A⁽¹⁾)** : de 18 ans à 59 ans inclus, ou jusqu'à 64 ans inclus si vous êtes toujours en activité.
- **Sénior (code garantie débutant par S⁽¹⁾)** : de 60 ans à 80 ans. Au-delà, la garantie **Budget** est accessible quel que soit l'âge.

Le niveau des prestations n'évolue pas en fonction de votre âge sauf en cas de changement de garantie à votre demande. Auquel cas, votre nouvelle garantie devra correspondre au profil dont vous relevez, selon votre âge, à la date d'effet de la modification.

3. Quel est l'objet de vos garanties ?

Elles ont pour objet de vous rembourser, en tout ou partie, les frais de santé restant à votre charge après intervention de votre Sécurité sociale, sauf dispositions contraires figurant à votre barème de prestations intégré au certificat d'adhésion.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins reçus après la date

¹ Les codes garanties sont mentionnés sur les documents contractuels remis lors de votre adhésion au contrat.



d'effet de votre adhésion, quelle que soit la date d'apparition de la maladie.

Grâce à votre adhésion, vous bénéficiez également de services et de garanties assistance, adapté à votre profil. Pour connaître le détail de ceux-ci, consultez vite les rubriques « les services auxquels vous avez droit » et les « garanties assistances » figurant dans cette notice.

4. Vos remboursements

a. La demande de remboursement

Elle doit nous parvenir dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.

b. Comment sont calculés vos remboursements ?

Actes pris en charge par votre régime obligatoire

La Sécurité sociale définit un prix (Base de Remboursement de la Sécurité sociale = BRSS) pour chaque soin qu'elle rembourse (actes médicaux, médicament...).

Nos prestations sont calculées en fonction de ce prix en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale ou en fonction d'un forfait lorsque la garantie le prévoit.

Exemple : vous consultez un spécialiste de section 1, non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

1. Pour la Sécurité sociale, cet acte (BRSS) vaut 25 € en 2017. Votre CPAM vous rembourse 70 % de ce prix, donc 70 % de 25 €, soit **17,50 €** auquel elle déduit la franchise de 1 € que nous n'avons pas le droit de vous rembourser.

2. Chez Allianz, vous avez adhéré à une garantie à 200 % du BRSS pour ce type de praticien. Vous serez donc remboursé de 25 € X 200 %, soit **50 €**. Ce chiffre est un plafond, cela veut dire que vous serez remboursé jusqu'à 50 €, donc :

- si votre consultation coûte 35 €, vous serez remboursé des 35 €, moins les 1 € de franchise.
- si elle coûte 55 €, vous serez remboursé de 50 €, moins les 1 € de franchise.

Notre plafond de remboursement inclut le remboursement de la Sécurité sociale (Sécurité sociale + Allianz). Chez le spécialiste, sur les 50 € remboursés, le découpage est le suivant :



Pour connaître les Bases de Remboursement de la Sécurité sociale, la part prise en charge par celle-ci et connaître les praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée rendez-vous sur le site www.ameli.fr.

Actes non pris en charge par votre régime obligatoire

Lorsque votre barème de prestation mentionne la prise en charge de ce type d'acte, le remboursement s'effectue au premier euro dans la limite du plafond annuel par assuré et/ou du montant en euros indiqué.

c. Généralités

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du Code de la Sécurité sociale (article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990). 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 d'adhésion.

Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Vos remboursements sont toujours payés en France métropolitaine et en euros.

Les plafonds garantis et les montants exprimés en euros dans le barème de prestations sont calculés par personne assurée et par année d'assurance (sauf dispositions contraires précisées au barème de prestations). Une année d'assurance correspond à la période comprise entre les 2 échéances principales. Par ailleurs, les garanties exprimées en euros ne sont pas reportées sur l'année suivante si elles n'ont pas été versées lors d'une année d'assurance.

Concernant l'optique, la période de référence est celle calculée entre 2 dates d'achat d'équipement d'optique (montures + verres).

Si, en cours d'année :

- vous demandez une modification de votre niveau de garantie, nous recalculons dans ce cas les forfaits et les plafonds annuels (exprimés en euros) de cette garantie. Ce calcul se fait en proportion de la période de la garantie initiale et de celle de la nouvelle garantie. C'est-à-dire que nous ajoutons les montants suivants :

- les forfaits et plafonds annuels de la garantie initiale pour la période de votre précédente date d'échéance annuelle à la date de la modification de votre niveau de garantie,



- les forfaits et plafonds annuels de la nouvelle garantie pour la période de la date de la modification de votre niveau de garantie à votre prochaine date d'échéance annuelle.

Prenons un exemple :

Avec votre adhésion Allianz Composio **Classic** (profil **Adulte**), vous disposez :

- du niveau 3 en dentaire qui prévoit 150 € pour le dentaire non remboursé par la Sécurité sociale,
- d'une échéance principale au 1^{er} mai.

En juillet, vous demandez une hausse de votre garantie, en choisissant le niveau 4 qui prévoit 300 €.

A compter de mai de l'année en cours de votre demande de modification et jusqu'à mai de l'année suivante, votre forfait est de 275 €. Il s'agit de la somme de :

- 25 € correspondant aux 2/12^e du niveau 3,
- 250 € correspondant aux 10/12^e du niveau 4.

- Vous ajoutez une personne supplémentaire sur votre contrat, les forfaits et les plafonds annuels (exprimés en euros) dont bénéficie ce nouvel assuré sont calculés en proportion de la période réellement couverte. C'est-à-dire de la date de l'ajout de ce nouvel assuré à la date de la prochaine échéance principale du contrat.

Prenons un exemple :

En juillet, vous ajoutez votre enfant sur votre adhésion dont l'échéance principale est en mai. Vous lui choisissez un niveau 4 pour l'optique dans la gamme Allianz Composio **Enfant**.

Pour une monture avec 2 verres de correction simple, la garantie prévoit 100 € pour une année d'assurance. De juillet et jusqu'à mai de l'année suivante, le forfait de votre enfant est de 83 €, correspondant à 10/12^e de la garantie.

- Votre contrat est résilié en dehors de l'échéance principale. Les forfaits et plafonds annuels (exprimés en euros) sont recalculés en proportion de la période garantie, c'est-à-dire correspondant à la cotisation réellement payée.

Prenons un exemple :

En juillet, vous résiliez votre adhésion Allianz Composio **Classic** (profil **Adulte**), dont l'échéance principale est en mai. Vous aviez choisi une garantie de niveau 3 qui prévoit 150 € pour le dentaire non remboursé par la Sécurité sociale pour une année d'assurance. De mai et jusqu'à juillet, date de résiliation, votre forfait est de 25 €, correspondant à 2/12^e de la garantie.

Si vous avez souscrit l'offre **Hospi**, notre garantie se limite aux remboursements des frais de santé liés à une hospitalisation, des radios, des analyses et des actes techniques médicaux.

En revanche, nous remboursons tous les frais de santé pris en charge par la Sécurité sociale si vous avez adhéré à notre offre **Budget** (hormis les médicaments non pris en charge à 65 % par la Sécurité sociale), **Classic** ou **Plus**.

d. Comment obtenir vos remboursements ?

Votre contrat vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur votre attestation de tiers payant Allianz, au titre des prestations définies sur celle-ci.

Le remboursement de vos frais de soins dépend du professionnel de santé. Ce dernier a le choix de :

- vous faire bénéficier du tiers payant grâce à l'attestation que nous vous remettons chaque année,
- ne pas l'appliquer pour la part complémentaire.

Prestations avec tiers payant (ou prestations avec dispense d'avance de frais)

Grâce à votre attestation de tiers payant Allianz, qui mentionne tous les domaines de santé auxquels vous avez accès (médecine, pharmacie, radiologie, laboratoire, hospitalisation, optique, dentaire...), vous n'avancez pas la part complémentaire de vos frais de soins.

Pour bénéficier de ce tiers payant, lorsque votre praticien accepte de le pratiquer, il vous suffit de lui présenter simplement votre attestation.

En cas de perte ou de vol de votre attestation, rendez-vous sur votre espace client allianz.fr (rubriques contrat santé / télécharger vos attestations) pour télécharger ou en éditer une nouvelle.

Prestations sans tiers payant

Si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant sur la totalité de la part complémentaire, vous devez alors payer le reste à charge.

Vous n'avez rien à faire grâce à la télétransmission de vos décomptes, pour obtenir notre remboursement. Il vous suffit simplement de présenter votre carte vitale à votre praticien, en vous assurant qu'elle est à jour. Nous recevons ensuite directement les informations de votre caisse d'assurance maladie afin de procéder à un remboursement automatique.

Afin de maintenir la télétransmission de vos décomptes si vous changez de caisse d'assurance maladie obligatoire (déménagement, changement d'activité...), pensez à nous en informer en nous contactant par téléphone ou par e-mail ou en vous rendant sur votre espace client (rubriques contrat santé / rétablir la télétransmission de mes décomptes).





Si la télétransmission ne fonctionne pas, si vous avez eu des soins non remboursés par la Sécurité sociale, **ou si vous n'avez pas bénéficié du tiers payant sur l'intégralité de la part complémentaire de vos dépenses de soins**, il vous suffit de nous adresser les documents adéquats (décompte de votre Sécurité sociale si celle-ci est intervenue, facture détaillée ainsi que la prescription médicale dans le cas contraire) :

- par courrier, sous enveloppe avec la mention « secret médical » à l'attention du service médical à l'adresse Allianz – Remboursements soins – TSA 80101 – 59883 Lille Cedex 9,

- par e-mail : remboursementsante@allianz.fr.

Pour les soins non remboursés par la Sécurité sociale, vous pouvez aussi déposer facilement votre ordonnance et votre facture sur votre espace client allianz.fr (rubriques contrat santé / demander un remboursement).

Pour vous faciliter les démarches, voici une synthèse des éléments à nous transmettre :

Prestations	Pièces à fournir	
	Avec télétransmission	Sans télétransmission
Soins remboursés par la Sécurité sociale		
Hospitalisation		
Frais liés aux séjours Honoraires de praticiens Chambre particulière Frais annexes (TV, téléphone...)	Non concerné	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée avec le cachet d'identification du praticien. Pour les cliniques : bordereau de facturation détaillé et acquitté.
Soins de ville		
Consultations et visites Auxiliaires médicaux Radios/actes techniques médicaux Analyses/auxiliaires médicaux Frais de transport Vaccins Appareillages Pharmacie	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Cures thermales	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée + facture détaillée et acquittée pour les frais annexes
Optique		
Monture	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Verres	Aucune pièce	Prescription + décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée
Lentilles	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Intervention au laser pour correction de la myopie	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée
Prothèse auditive		
Prothèse	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Dentaire		
Soins dentaires (y compris inlay-onlay) Orthodontie Prothèses	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale



Prestations	Pièces à fournir	
	Avec télétransmission	Sans télétransmission
Soins NON remboursés par la Sécurité sociale		
Soins de ville		
Pharmacie	Non concerné.	Prescription médicale + facture acquittée.
Médecines douces (actes d'étiopathes, diététiciens, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs)	Non concerné.	Facture acquittée du praticien mentionnant son numéro d'inscription au registre du commerce.
Examens, analyses, radios prescrits Vaccins prescrits	Non concerné.	Prescription médicale + facture acquittée.
Optique		
Lentilles	Non concerné.	Prescription médicale + facture acquittée.
Dentaires		
Orthodontie Parodontie Prothèses Implant	Non concerné.	Facture détaillée acquittée.

Sans les documents mentionnés dans ce tableau, nous ne pourrions vous verser les prestations qui vous sont dues.

5. Quel est le profil de votre contrat ?

a. Des garanties responsables

Votre contrat répond au dispositif du contrat responsable si vous avez adhéré à l'offre **Budget**, **Classic** ou **Plus**.

Cela signifie qu'il respecte les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Vos garanties et vos niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.



La prise en charge pour l'optique est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, comme le prévoient les dispositions du contrat responsable. Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour les majeurs, un équipement peut être remboursé tous les ans.

La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement optique est la date d'acquisition de cet équipement.

Votre contrat étant responsable, vous pouvez bénéficier des avantages de la « Loi Madelin » si vous êtes travailleurs non salariés.

b. Des garanties non responsables

Votre contrat est non responsable si vous avez adhéré à la gamme **Hospi**. Vous ne pouvez donc pas bénéficier des avantages de la « Loi Madelin » si vous êtes travailleurs non salariés.

6. Quelle est l'étendue territoriale de vos garanties ?

Vos garanties s'exercent en France métropolitaine.

En dehors de ce territoire :

- pour les soins habituellement remboursés par votre Sécurité sociale, il faut que celle-ci continue de les prendre en charge pendant votre séjour. Toutefois en cas d'hospitalisation, vos prestations sont réglées sur la base du taux de remboursement prévu pour un établissement non conventionné,
- pour les dépassements d'honoraires en hospitalisation et en soins courants, la prise en charge correspond aux taux appliqués pour les praticiens n'ayant pas adhéré, en France métropolitaine, à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée,
- pour les soins courants non pris en charge habituellement par votre régime obligatoire français (ex : implants, médecines douces...), ils sont remboursés comme s'ils avaient été dispensés en France métropolitaine. A savoir : leur prise en charge se fait dans la limite des forfaits correspondants mentionnés dans votre barème.

II. L'hospitalisation

1. Vos garanties

Pour connaître votre niveau de garantie en hospitalisation, il vous suffit de consulter le barème de prestations figurant dans votre certificat d'adhésion en vous référant à la rubrique « hospitalisation ».



2. Les exclusions

Selon la gamme choisie, les exclusions qui s'appliquent sont différentes.

a. La gamme **Hospi**

Votre contrat ne prend pas en charge les dépenses de soins :

- non prises en charge par votre assurance maladie obligatoire française autres que celles mentionnées dans votre certificat d'adhésion,
- liées aux séjours effectués dans des établissements ne relevant pas de la Loi Hospitalière tels qu'identifiés au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS),
- liées aux séjours effectués dans les établissements relevant de la Loi Hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés au Fichier National des Établissements Sanitaires comme suit :
 - établissements de soins de longue durée,
 - centre médico-pédagogique,
 - atelier thérapeutique,
 - centre d'accueil thérapeutique à temps partiel,
 - service médico-psychologique régional,
 - centre postcures pour alcooliques,
- liées aux cures, à l'exception des cures thermales.

b. Les gammes **Budget**, **Classic** et **Plus**

Votre contrat ne prend pas en charge :

- les dépenses de soins non prises en charge par votre assurance maladie obligatoire française autres que celles mentionnées dans votre certificat d'adhésion,

- les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour (article L174-6 du Code de la Sécurité sociale),
 - dans les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (article L312-1 I 6 du Code de l'action sociale et des familles),
- le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

3. Les limitations de garanties

a. A l'adhésion du contrat

Des limitations de garanties existent selon votre profil et la garantie choisie. Dans ce cas, vos remboursements sont calculés sur un niveau différent de celui choisi.

Pendant une durée de 6 mois, ces limitations s'appliquent à compter de la date d'effet de vos garanties. Au-delà, ce sont les limitations décrites dans le chapitre présent, paragraphe II.3.b qui s'appliquent.

Aucune limitation ne s'applique pour la garantie **Budget**. Vos garanties sont donc toutes effectives dès la date d'effet de votre adhésion.



Pour connaître les limitations applicables, il vous suffit de consulter le tableau ci-dessous :

Offre/Profil	Type d'établissement et/ou service	
	Psychiatrie	Hors psychiatrie
Hospi		
Enfant	Garanties limitées à 90 jours par année d'assurance et par assuré : - 100 % BRSS, - forfait journalier intégral et illimité, - chambre particulière non garantie.	- 200 % BRSS, - forfait journalier intégral et illimité, - chambre particulière limitée à 80 €.
Adulte		
Sénior		Aucune limitation.
Plus et Classic avec l'option sérénité		
Enfant	- 100 % BRSS, - forfait journalier intégral et illimité, - chambre particulière non garantie.	- 200 % BRSS si vous consultez un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, - 220 % BRSS si vous consultez un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, - chambre particulière limitée à 80 €.
Adulte		
Sénior		- 150 % BRSS si vous consultez un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, - 170 % BRSS si vous consultez un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, - chambre particulière limitée à 50 €.



Vos hospitalisations consécutives à un accident, survenu postérieurement à la date d'effet de vos garanties, sont remboursées immédiatement sur la base de l'option de garantie choisie, quel que soit votre profil. Aucune limitation ne s'applique.

Lors d'un changement de garantie, nous pourrions appliquer des limitations en fonction du niveau de prestations de votre garantie d'origine.

b. Pendant toute la durée de vie du contrat

Selon l'offre souscrite, et quel que soit votre profil, vos remboursements sont limités lorsque vous êtes hospitalisé dans un établissement particulier.

Pour connaître le type d'établissement dans lequel vous êtes hospitalisé, rendez-vous à l'adresse <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/rechercheSimple.jsp?>



Reportez-vous au tableau suivant pour connaître votre niveau de garantie selon l'établissement :

Type d'établissement et/ou service	Offres	Garanties
Établissements médico-sociaux.	- Budget - Classic - Plus	- 100 % BRSS, - forfait journalier non pris en charge, - chambre particulière non garantie.
Services/unités médico-sociaux Centre et services médico-psychologique Ateliers et appartements thérapeutiques Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel Services de lutte contre l'alcoolisme Services ou unités de cures autres que thermales.	- Classic - Plus	- 100 % BRSS, - forfait journalier intégral et illimité, - chambre particulière non garantie.
Établissements, maisons, centres ou unités de soins de suite, de réadaptation et de moyen séjour garantis uniquement si ce séjour fait suite à une hospitalisation dans un établissement hospitalier.	- Hospi	Garanties du contrat limitées à 90 jours par année d'assurance et par assuré.
	- Classic - Plus	Garanties du contrat limitées à 90 jours par année d'assurance et par assuré. Au-delà, ou si le séjour ne fait pas suite à un séjour dans un établissement hospitalier : - 100 % BRSS, - forfait journalier intégral et illimité, - chambre particulière non garantie.
Centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, et ne participant pas au service public hospitalier (codifié 0, 5, 7 et 9 dans le finess).	- Hospi	- 100 % BRSS, - forfait journalier intégral et illimité, - chambre particulière non garantie. Séjour limité à 90 jours par année d'assurance et par assuré.
	- Classic - Plus	- 100 % BRSS, - forfait journalier intégral et illimité, - chambre particulière non garantie.
Centres hospitaliers spécialisés dans la lutte des maladies mentales, centre de postcure pour malades mentaux, maisons de santé pour maladies mentales, centres de crise ou d'accueil permanent, et participant au service public hospitalier (codifié 1, 2, 3, 4 et 6 dans le finess).	- Hospi	Garanties du contrat limitées à 90 jours par année d'assurance et par assuré.
	- Classic - Plus	Garanties du contrat limitées à 90 jours par année d'assurance et par assuré. Au-delà : - 100 % BRSS, - forfait journalier intégral et illimité, - chambre particulière non garantie.

4. Vos avantages Allianz Santé Service

Avec Allianz Santé Service, vous profitez du « guide d'informations hospitalières » accessible depuis votre espace client.

Guide d'informations hospitalières

Avec ce guide, vous accédez aux informations indispensables pour orienter votre choix vers les meilleurs établissements hospitaliers et anticiper votre reste à charge en cas d'intervention chirurgicale.

Ce guide d'informations hospitalières vous fournit :

- le palmarès des meilleurs établissements conventionnés qui pratiquent l'acte chirurgical ou obstétrique donné dans une zone géographique définie,
- le palmarès des meilleurs établissements traitant le cancer en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie,

- les palmarès sont établis selon des critères de qualité : volume et fréquence de réalisation de l'acte ainsi que la notoriété de l'établissement pour ce même acte.

III. Les soins de ville remboursés par la Sécurité sociale (hors optique & dentaire)

1. Vos garanties

Pour connaître le niveau de garantie pour vos soins de ville (ex : consultation de généraliste, auxiliaires médicaux...), reportez-vous à la rubrique « soins courants remboursés par la Sécurité sociale » dans le barème de prestations figurant dans votre certificat d'adhésion.



2. Les exclusions

Votre contrat ne couvre pas les dépenses de soins non prises en charge par votre assurance maladie obligatoire française autres que celles mentionnées sur votre Certificat d'adhésion.

3. Les limitations de garanties

Si vous adhérez au produit Allianz Composio **Plus**, des limitations de garanties s'appliquent selon votre profil à compter de la date d'effet de vos garanties.

Ces limitations s'appliquent pendant une durée de 6 mois. Durant ce délai, vos remboursements sont calculés sur un niveau différent de celui choisi, c'est-à-dire :

- Si votre profil est **Adulte** ou **Enfant** :

Les niveaux de prestations 6 et 7 sont limités à :

- 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale si vous consultez un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée,
- 220 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale si vous consultez un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée,
- 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les autres actes (analyses, auxiliaires médicaux, frais de transport, ensembles de fournitures et appareils hors optique/auditif, cures thermales).

- Si votre profil est **Sénior** :

Le niveau de prestations 6 est limité à :

- 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale si vous consultez un médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée,
- 170 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale si vous consultez un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée,
- 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les autres actes (analyses, auxiliaires médicaux, frais de transport, ensembles de fournitures et appareils hors optique/auditif, cures thermales).

4. Vos avantages Allianz Santé Service

Grâce à Allianz Santé Service, vous profitez des 2 services suivants :

a. La médecine de ville

Via l'outil de géolocalisation des partenaires Santéclair figurant sur votre espace client, vous accédez très facilement aux informations suivantes :

- localisation des médecins ou des spécialistes à proximité de votre résidence ou lieu de travail,
- tarif de leurs consultations,
- prise de rendez-vous en ligne.

b. La téléconsultation

Ce service vous permet de consulter en ligne (chat, visio ou téléphone) un généraliste ou spécialiste. Ces médecins, basés en France, sont accessibles 7j/7 et 24h/24. Vous obtenez ainsi un avis médical très rapidement.

Au terme de la consultation et selon votre besoin, le médecin peut :

- vous orienter vers des établissements recommandés,
- envoyer un rapport complet à votre médecin traitant si vous le souhaitez,
- vous prescrire une ordonnance et donc l'accès à des médicaments remboursables.

Vous, ainsi que vos bénéficiaires, disposez de 5 téléconsultations par an.

IV. L'optique et l'auditif

1. Vos garanties

- Pour connaître votre niveau de garantie en optique et auditif, il vous suffit de consulter le barème de prestations figurant dans votre certificat d'adhésion et de vous référer à la rubrique « optique / auditif ».
- Lorsque votre garantie prévoit un niveau de remboursement supérieur à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, le forfait optique indiqué dans votre barème vaut pour un équipement (verres + monture) et avec un plafond de remboursement pour la monture à 150 €. Ce forfait est valable pour une durée se calculant entre 2 dates d'achat et égale à :
 - deux ans pour les majeurs,
 - un an pour les mineurs et également en cas de changement de défaut de vision pour les majeurs.



2. Les exclusions

Votre contrat ne prend pas en charge les dépenses de soins non prises en charge par votre assurance maladie obligatoire française autres que celles mentionnées sur votre certificat d'adhésion.

3. Les limitations de garanties

Si vous avez adhéré au produit Allianz Composio **Plus**, des limitations de garantie s'appliquent à la date d'effet de vos garanties et diffèrent selon votre profil. Elles ciblent les niveaux de prestations O5 à O7.

Ces limitations ont une durée de 6 mois. Durant ce délai, vos remboursements sont calculés sur un niveau différent de celui choisi, à savoir :

Optique (remboursement maximum)

Montures et verres correcteurs acceptés par la Sécurité sociale, lentilles :	
- Profil Enfant En cas de verres complexes ou très complexes.	100 € 200 €
- Profils Adulte et Sénior En cas de verres complexes ou très complexes.	180 € 200 €
Intervention au laser pour correction myopie, astigmatisme ou hypermétropie :	
- Profil Adulte uniquement (versement d'un forfait par œil).	150 €
Prothèse auditive (remboursement maximum par année d'assurance)	
- Profil Enfant	200 €
- Profil Adulte	300 €
- Profil Sénior	450 €

4. Vos avantages Allianz Santé Service

Avec Allianz Santé Service, vous profitez des réseaux partenaires de Santclair se composant de :

- opticiens,
- centres de chirurgie réfractive,
- audioprothésistes,
- sites internet (www.happyview.fr et www.lentillesmoinscheres.com).

a. Le réseau optique

Allianz Santé Service peut, selon le niveau de garantie choisi, vous permettre de bénéficier de suppléments « réseaux », mentionnés dans votre barème de prestations. Pour en profiter, il suffit de vous rendre chez un professionnel de santé partenaire Santclair et de demander les avantages

correspondants. Pour connaître les partenaires Santclair, c'est simple. Vous pouvez :

- appeler Santclair au 0 970 809 815 (Appel non surtaxé),
- utiliser l'outil de géolocalisation des partenaires figurant sur votre espace client.

Vos avantages :

- bonus pour vos verres,
- des réductions tarifaires.

b. L'offreclair

Offreclair⁽¹⁾ est proposée par tous les opticiens partenaires Santclair. Il s'agit d'une gamme économique sur des verres de qualité composée de 2 offres pour une liberté de choix même à petits prix avec des verres durcis traités antireflets de grandes marques :

- l'offre permet le zéro reste à charge⁽²⁾,
- un forfait verres + monture (monture à choisir parmi une sélection proposée en magasin) : 50 € en unifocal et 200 € en progressif,
- une offre 2 verres : 20 € le verre en unifocal et 80 € le verre en progressif,
- un niveau d'ancien supplémentaire peut être demandé à tarifs négociés.

c. Happyview

Il s'agit d'un site de vente de lunette (www.happyview.fr), agréé par la Sécurité sociale, par lequel vous profitez de prix très inférieurs à ceux pratiqués en magasin, y compris pour les modèles de grandes marques.

Vous bénéficiez de l'essai des montures à domicile, d'un paiement en ligne sécurisé, de la livraison gratuite, d'une garantie « satisfait ou remboursé » pendant 30 jours, et d'une facture pour votre remboursement.

Avec Santclair, vous profitez aussi de la garantie casse gratuite.

d. Lentillesmoinscheres.com

Ce site (www.lentillesmoinscheres.com) vous propose des lentilles jusqu'à 50 % moins chères qu'en magasin, la garantie « 100 % satisfait ou remboursé » sous 15 jours, un paiement en ligne sécurisé et l'émission d'une facture pour votre remboursement.

Avec Santclair, les frais de transport vous sont offerts et les commandes Santclair sont traitées en priorité.

1 Valable pour des défauts visuels compris entre - 6 à + 6 dioptries et de cylindre inférieur ou égal à 2, ce qui représente 92 % des défauts de vision.

2 En fonction des garanties.



e. Réseau chirurgie réfractive

Vous bénéficiez de centres spécialisés dans la chirurgie laser de l'œil, de tarifs négociés 30 % inférieurs aux prix du marché sur différentes techniques de pointe, comme sur la consultation pré-opératoire, pour les opérations de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie.

Les soins post-opératoires sont inclus dans les tarifs négociés.

Allianz Santé Service vous permet aussi de profiter du service d'analyse et avis tarifaire sur vos devis.

f. Réseau audioprothèse

Vous bénéficiez au sein de ce réseau de :

- tarifs négociés sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs à des prix environ 35 % inférieurs à ceux du marché permettant de diviser par 2 votre reste à charge,
- 0 €⁽¹⁾ de reste à charge sur les piles,
- 10% de remise sur les assistants d'écoutes, les produits d'entretien, les bouchons et les accessoires (chargeur de piles, télécommande pour les appareils, réveil, téléphone, bluetooth pour la télévision),
- garantie gratuite pendant 4 ans contre la panne de votre appareil auditif.

Vous profitez également d'une période d'essai de 2 semaines. Si vous hésitez sur le choix de votre appareil auditif, vous disposez d'une garantie « satisfait ou échangé » d'un mois après la période d'essai.

D'autres services privilégiés sont également proposés comme le suivi d'appareillage (réglages et entretien de l'appareil) durant toute la durée de vie de l'appareil, un kit de démarrage offert ou encore les facilités de paiement de votre reste à charge.

Le plus Santéclair : un équipement de qualité à des tarifs exceptionnels adapté à vos besoins.

Allianz Santé Service vous permet aussi de profiter du service d'analyse et avis tarifaire sur vos devis.

g. Centres d'ophtalmologie

Vous bénéficiez au sein de ces centres :

- garantie de rendez-vous en moins d'une semaine,
- un reste à charge modéré,
- prise de rendez-vous dans votre espace client Allianz.fr via l'outil de localisation des partenaires Santéclair.

V. Le dentaire

1. Vos garanties

Pour connaître votre niveau de garantie en dentaire, reportez-vous à la rubrique « dentaire » dans le barème de prestations figurant sur votre certificat d'adhésion.

2. Les exclusions

Votre contrat ne couvre pas les dépenses de soins non prises en charge par votre assurance maladie obligatoire française autres que celles mentionnées dans votre Certificat d'adhésion.

3. Les limitations de garanties

Si vous avez adhéré à la gamme Allianz Composio **Plus** (niveaux de prestations D5 à D7), des limitations de garantie, différentes selon votre profil, s'appliquent à la date d'effet de vos garanties.

Celles-ci ont une durée de 12 mois. Durant ce délai, vos remboursements sont calculés sur un niveau différent de celui choisi, à savoir :

Dentaire

Soins dentaires (y compris inlay-onlays)	
- Tous profils	200 %
Prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité sociale (y compris inlay-cores)	
- Profil Enfant	225 %
- Profils Adulte et Sénior	200 %
Traitement orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	
- Profil Enfant uniquement	250 € 125 €
Semestre actif	
Année de contention	
Implant (forfait par acte / 1 acte = pilier prothétique + implant racine)	
- Profils Adulte et Sénior uniquement	300 €

4. Vos avantages Allianz Santé Service

a. Le réseau dentaire

Allianz Santé Service peut, selon le niveau de garantie choisi, vous permettre de bénéficier de suppléments « réseaux », mentionnés dans votre barème de prestations. Pour cela, il suffit de vous rendre chez un professionnel de santé partenaire Santéclair et de demander les avantages correspondants. Vous profiterez de :

- bonus pour vos prothèses dentaires,
- réductions tarifaires.

1 Pour un équipement standard sur la base de l'utilisation d'une pile par semaine par équipement et du remboursement du forfait par la Sécurité sociale.



Le réseau dentaire de Santéclair se compose de :

- chirurgiens-dentistes,
- orthodontistes,
- implantologues.

Pour connaître les partenaires Santéclair, c'est simple :

- appelez Santéclair au 0 970 809 815 (Appel non surtaxé),
 - utilisez l'outil de géolocalisation des partenaires figurant dans votre espace client.
- Allianz Santé Service vous permet aussi de profiter du service d'analyse et avis tarifaire sur vos devis.

b. La garantie « Prothèse dentaire 10 ans »

Définition de la garantie

Vos prothèses dentaires fixes, réalisées pendant la période de validité de votre garantie, sont garanties pendant 10 ans :

- dans le réseau des chirurgiens-dentistes partenaires de Santéclair pour tous les travaux prothétiques ayant fait l'objet d'une dispense d'avance de frais,
- sous réserve d'un accord préalable de Santéclair avant la réalisation des travaux dans les autres cas.

La garantie prévoit le remboursement de la prothèse lors de son remplacement à l'identique en cas de dommages, dans la limite des frais réels initialement engagés, après déduction du remboursement par le régime obligatoire.

Sont exclus :

- les prothèses dentaires ne correspondant pas à la demande initialement formulée lors de l'acceptation de la garantie,
- les prothèses dentaires non réalisées dans le réseau des chirurgiens-dentistes partenaires de Santéclair ou n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement préalable auprès de Santéclair en cas de réalisation hors réseau,
- toute prothèse dentaire non réalisée dans les 3 mois suivant la délivrance de l'acceptation de garantie,
- les dommages esthétiques liés au vieillissement naturel de la prothèse ou tout changement non justifié de matériaux,
- la prothèse amovible partielle ou totale,
- l'implantologie (implants, piliers implantaires et les prothèses sur implants).

Durée de la garantie

La garantie 10 ans prend effet à compter de la date de réception de la facture d'honoraires pendant une durée de 10 ans pour tous travaux prothétiques à l'exception de ceux exclus ci-dessus. La garantie ne pourra s'exercer qu'une seule fois par prothèse garantie.

Exercice de la garantie

L'accord du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair est subordonné au respect par votre dentiste de certaines conditions préalables de prise en charge des prothèses dentaires (couronne, bridge, inlay-core, inlay-onlay) :

- le remplacement des dents manquantes devra être limité à l'espace prothétique disponible,
- les obturations endodontiques éventuelles devront être denses, confinées à l'espace endocanalair et atteindre la jonction cémento-dentinaire,
- les inlay-cores seront garantis s'il reste moins de 3 parois coronaires ou lorsque la reconstitution est située sous la gencive,
- les couronnes garanties concernent exclusivement les dents délabrées qui ne peuvent être reconstituées par des soins conservateurs,
- le nombre et la distribution des dents résiduelles permettent une réhabilitation prothétique pérenne,
- la prothèse demandée présente des contacts suffisants en antagoniste,
- la garantie 10 ans de la prothèse conjointe est subordonnée à la présentation d'un examen radiologique adapté à la prothèse envisagée.

De plus, la garantie ne pourra être accordée qu'après traitement des foyers infectieux présents (caries, foyers infectieux péri-apicaux, tartre) et qu'en l'absence de gingivite ou de parodontite non traitées et non stabilisées.

En cas de non-respect de l'une ou plusieurs des conditions énumérées, l'assureur, sur avis du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair, se réserve le droit de refuser la garantie 10 ans.

Après avis favorable du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair et réception de la facture, vous recevez une attestation de garantie pour votre prothèse dentaire. Ce document est à nous fournir au moment du sinistre, le cas échéant.

Au moment du sinistre

La garantie 10 ans ne joue que si l'assuré a encore, au moment du sinistre, un contrat santé de notre compagnie comportant des garanties dentaires. Elle est subordonnée à l'accord du chirurgien-dentiste conseil de Santéclair.



La prothèse ne doit pas faire partie des exclusions.
Vous devez nous adresser votre demande de remboursement, avant la réalisation des travaux de remplacement, sous enveloppe « secret médical » à :

Santéclair – 78 boulevard de la République –
92514 Boulogne Cedex.

VI. Les soins de ville non remboursés par la Sécurité sociale

1. Vos garanties

Pour connaître le niveau de garantie et le type de soins concerné, consultez la rubrique « soins non remboursés par la Sécurité sociale » dans le barème de prestations figurant sur votre certificat d'adhésion.

Grâce à votre contrat, vous bénéficiez également des avantages Allianz Santé Service.

2. Vos avantages Allianz Santé Service

Avec Allianz Santé Service, vous profitez des réseaux partenaires de Santéclair se composant de :

- diététiciennes,
- ostéopathes,
- chiropracteurs.

Grâce à ces réseaux, vous bénéficiez de tarifs préférentiels.

VII. Les services auxquels vous avez droit

Grâce à votre garantie Soins, vous disposez de plusieurs services.

1. Allianz Santé Service

Outre ceux déjà détaillés dans les chapitres précédents, vous bénéficiez également du :

- réseaux partenaires Santéclair,
- service d'analyse de devis,
- guide de l'automédication.

Pour profiter de tous ces avantages, il suffit de vous rendre dans votre espace client allianz.fr ou de contacter Allianz Santé Service au 0 970 809 815.

a. Les réseaux de soins

Grâce à Allianz Santé Service, vous bénéficiez de soins et de services de qualité à tarifs négociés chez plus de 7 500 professionnels de la santé partenaires Santéclair.

Vous bénéficiez de tarifs privilégiés chez les :

- opticiens,
- chirurgiens-dentistes et orthodontistes,
- implantologues dentaires,
- centres de chirurgie laser de l'œil,
- audioprothésistes,
- diététiciennes libérales,
- ostéopathes et chiropracteurs.

b. Service d'analyse de devis

Grâce à Allianz Santé Service, vous profitez d'un service gratuit d'analyse de devis dans les domaines optique, auditif, dentaire, chirurgical et obstétrique.

Sous 72 h, les spécialistes Allianz Santé Service vous indiquent le montant qui restera à votre charge et si les tarifs sont cohérents avec ceux pratiqués dans votre région.

Faites nous parvenir vos devis à analyser :

- par courrier : Santéclair – 7 mail Pablo Picasso – CS74606 – 44046 Nantes Cedex 1,
- par e-mail : devis@santeclair.fr,
- par fax : 01 47 61 21 04.

c. Réseau de diététiciennes

Vous bénéficiez du réseau de diététiciennes partenaires de Santéclair, à tarifs préférentiels.

d. Guide de l'automédication

Grâce à cet outil, vous pouvez pratiquer l'automédication en toute sérénité grâce à des conseils de professionnels sur tous les petits maux de la vie courante. Vous trouverez plus de 2 000 médicaments notés selon leur efficacité et leur tolérance ainsi que l'indication du prix moyen de vente en pharmacie.

2. Votre espace client

Sur notre site www.allianz.fr, vous disposez d'un espace client qui vous permet de :

- consulter vos remboursements sur les 6 derniers mois,
- recevoir une alerte e-mail à chaque remboursement,
- accéder au réseau « établissements de santé pour la chirurgie orthopédique » de Santéclair,
- accéder au service de téléconsultation,
- découvrir et géolocaliser nos partenaires Santéclair,



- faire analyser et de calculer le reste à charge sur vos devis santé,
- faire une demande de remboursement (engagement de prise en charge sous 24 h) pour tous vos soins non pris en charge la Sécurité sociale,
- accéder à l'historique de vos courriers (ex : décomptes santé, attestation fiscale Madelin pour les TNS) grâce au service e-courrier,
- télécharger et imprimer votre attestation de tiers payant,
- accéder au guide d'informations hospitalières,
- découvrir les services de prévention : conseils pratiques sur l'automédication, dépistage des risques cardiovasculaires...,
- rétablir la télétransmission de vos décomptes.



Les garanties hospitalières : Classic ou Plus

I. Quel est l'objet de votre garantie ?

L'objet de la garantie est de vous verser, si vous êtes hospitalisé, une allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation. Les garanties hospitalières doivent être associées à une garantie soins.

Allianz vous propose 2 types de garanties hospitalières :

- **Classic**,
- **Plus**.

A contrario de la garantie hospitalière **Classic**, la garantie hospitalière **Plus** vous permet de bénéficier dans certains cas d'un montant d'indemnité doublé et/ou d'une indemnité de convalescence.

II. Quelles sont les conditions d'adhésion ?

- Avoir adhéré à une gamme Allianz Composio.
- Âge minimum requis : aucun.
- Âge maximum : 75 ans inclus.
- Allocation forfaitaire possible (par personne assurée et par jour) : 15 € minimum / 80 € maximum (exception : 45 € pour les assurés domiciliés en Corse).

Le montant de 80 € s'entend toutes adhésions Allianz confondues pour un même assuré. Vous ne pouvez donc pas adhérer à une nouvelle garantie hospitalière si le total des allocations forfaitaires dont vous bénéficiez atteint déjà les 80 €.

III. Quelles sont les exclusions ?

Les cas ci-dessous ne donnent pas droit au versement de l'allocation forfaitaire :

Les hospitalisations dont la durée est inférieure à deux nuits et donc, notamment, les hospitalisations de jour.

1. Les séjours effectués :

- dans des établissements ne relevant pas de la Loi Hospitalière tels qu'identifiés au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS),

- dans les établissements relevant de la loi hospitalière et faisant partie des catégories d'établissements dénommés au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), comme suit :

Établissements de soins de longue durée, centre médico-psychologique, maison d'enfants à caractère sanitaire permanent ou temporaire, atelier thérapeutique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional, centre postcures pour alcooliques,

- pour les cures.

Toutefois, nous couvrons les cures thermales prescrites,

- en maison de repos
- en maison de repos sauf s'ils sont consécutifs à un événement garanti,

2. Les événements résultants :

- de traitements ou interventions chirurgicales, à but esthétique,
- d'un fait intentionnel de l'assuré, d'un phénomène atomique,
- d'un accident de sport aérien (à l'exception du parachutisme) : ULM, deltaplane, parapente, vol à voile, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de record, vols sur prototype, vols d'essais, saut à l'élastique,
- d'un accident de sport à titre professionnel, de la participation à une compétition (ou à ses essais) comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur,
- d'une guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'un mouvement populaire, d'une rixe auxquels l'assuré prend une part active, d'un cataclysme naturel,
- d'un accident alors que vous étiez sous l'emprise d'un état alcoolique caractérisé par la présence d'un taux d'alcool supérieur au taux légal.



IV. Quelles sont les hospitalisations qui donnent droit au versement de l'allocation ?

Seuls les séjours dans un établissement hospitalier ou les hospitalisations à domicile donnent droit au versement de l'allocation, à condition qu'ils comprennent chacun au moins deux nuits.

V. Quand recevez-vous l'allocation forfaitaire ?

Le versement de l'allocation forfaitaire débute après l'expiration d'un délai d'attente. Celui-ci débute à partir de la date d'effet de votre garantie hospitalière et dure :

- 6 mois en cas d'hospitalisation pour une maladie ou maternité,
- 12 mois pour une hospitalisation psychiatrique ou neuro-psychiatrique.

Suite à un accident ou une maladie infectieuse survenu après la date d'effet de votre garantie hospitalière, le versement s'effectue sans délai d'attente.

VI. Comment est calculée votre allocation ?

Le montant initial par jour d'hospitalisation de l'allocation forfaitaire est celui souscrit. Les cotisations et les prestations des garanties augmentent tous les ans de 2 %. Toutefois, nous pourrions éventuellement augmenter ce taux en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC.

Garantie hospitalière Plus uniquement

- **Le montant de votre indemnité est doublé dans l'un des cas suivants :**
 - hospitalisation à plus de 300 km de votre domicile (adresse précisée contractuellement) ;
 - hospitalisation simultanée de 2 personnes assurées bénéficiant de la garantie hospitalière « **Plus** » au sein du même contrat et ce, pendant cette période d'hospitalisation simultanée des 2 assurés, quels qu'en soient la durée et le montant ;
 - hospitalisation suite à une agression ;
 - si plusieurs de ces événements surviennent en même temps, il n'y a pas cumul d'indemnité, l'allocation forfaitaire est simplement doublée.

- Indemnité de convalescence :

En cas d'hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs indemnisés, une allocation supplémentaire, appelée « indemnité de convalescence », vous est versée lors de votre sortie de l'hôpital. Le montant de cette indemnité est égal à 10 jours d'allocations forfaitaires non doublées, à la date de votre sortie de l'hôpital. A compter du versement de l'indemnité de convalescence, s'ouvre une période de 2 ans au cours de laquelle vous ne pouvez pas prétendre au versement de cette indemnité de convalescence.

VII. La durée de versement de votre allocation forfaitaire

Vous recevez l'allocation jusqu'à la fin de votre hospitalisation. Le versement de l'allocation cesse néanmoins avant cette date dans les cas suivants :

- **la durée maximale de versement** : le nombre de journées d'hospitalisation indemnisées est limité à :
 - 730 jours par hospitalisation, dans le cas général ;
 - 100 jours par année d'assurance pour les hospitalisations dans un service psychiatrique ou neuro-psychiatrique d'un hôpital public ou participant au service public hospitalier ;
 - 90 jours par année d'assurance en cas d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation.
- **l'âge limite d'indemnisation** : l'allocation ne vous est plus versée à compter de la date anniversaire de vos quatre-vingt-cinq ans. A cette date, votre garantie est automatiquement résiliée.



VIII. L'hospitalisation de votre enfant

L'hospitalisation de votre enfant nouveau-né ou votre présence au chevet d'un de vos enfants vous donne droit au versement de l'allocation forfaitaire dans les conditions suivantes :

	Hospitalisation de votre enfant nouveau-né	Présence du parent au chevet de l'enfant hospitalisé
Les conditions à remplir pour recevoir l'allocation forfaitaire	- la mère a souscrit la garantie hospitalière, - l'enfant nouveau-né est gardé seul en milieu hospitalier après le départ de la mère.	- le parent et l'enfant sont couverts par la garantie hospitalière, - l'enfant a moins de treize ans, - le parent reste au chevet de l'enfant au moins 2 nuits.
Le montant de l'allocation forfaitaire	Le montant souscrit par la mère.	Le montant souscrit par le parent s'ajoute à celui souscrit pour l'enfant.
La durée de l'indemnisation	L'allocation forfaitaire est versée aussi longtemps que le nouveau-né est gardé seul en milieu hospitalier.	L'allocation forfaitaire est versée aussi longtemps que le parent reste au chevet de l'enfant.

IX. La déclaration de sinistre

Sauf cas de force majeure, tout événement susceptible de mettre en jeu la garantie doit nous être déclaré dans les 8 jours ouvrés à compter de sa survenance.

À défaut nous pourrions invoquer la déchéance de garantie prévue à l'article L113-2 du Code des assurances si nous apportons la preuve que la déclaration tardive nous a causé un préjudice.

Dans les mêmes délais, vous devez adresser, sous enveloppe avec mention « secret médical », à l'attention du service médical de votre centre de service clients, les documents suivants :

- tout document jugé utile pour l'appréciation de votre demande d'indemnisation,
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie, relatant les circonstances de l'événement en cas d'accident de la circulation,
- le bulletin de situation ou d'hospitalisation comprenant la discipline médico-tarifaire (DMT), ou un double de la facture d'hospitalisation,
- un certificat médical indiquant le motif de l'hospitalisation,
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou un dépôt de plainte non suivi d'un retrait, relatant les circonstances de l'événement en cas d'hospitalisation suite à une agression pour la garantie hospitalière « **Plus** ».



La vie de votre contrat

I. Vos obligations

1. Quelles sont vos obligations ?

Vous vous engagez à nous :

- régler votre cotisation statutaire annuelle ADPS et vos cotisations d'assurance aux échéances convenues entre nous. En cas de défaut de paiement, les dispositions légales en matière de suspension et résiliation de la garantie s'appliquent (article L113-3 du Code des assurances),
- restituer votre attestation de tiers payant, en cas de renonciation, dénonciation ou résiliation de votre adhésion. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire.

Et aussi, de nous informer des événements suivants :

- changement d'adresse,
- modification de votre composition familiale (naissance, mariage, décès),
- changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- changement de profession. Dans ce cas, vous devez nous fournir les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation,
- intention de séjourner plus d'un an à l'étranger,
- demandes de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers,
- bénéfice d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.

Vos déclarations doivent nous parvenir, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements.

Si l'absence ou le retard de déclaration nous cause un préjudice, nous pourrions invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnités prévues (article L113-2 du Code des assurances).

En cas d'aggravation de risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de votre état de santé, nous vous proposons soit une augmentation de cotisation, soit la résiliation de votre contrat.

En cas de diminution de risque, nous vous proposons une diminution de votre cotisation.

2. Quelles sont les conséquences d'une fausse déclaration ?

Vous devez apporter le plus grand soin aux formalités d'adhésion. En effet, en cas de fausse déclaration, votre contrat peut être annulé ou vos prestations réduites.

Toute fausse déclaration ou omission d'informations nous permettant d'apprécier le risque au moment de l'adhésion, entraîne l'application des sanctions suivantes prévues par le Code des assurances :

- si la fausse déclaration ou l'omission est intentionnelle (article L113-8 du Code des assurances), nous annulons votre adhésion. Dans ce cas, nous conservons les cotisations que vous avez payées. De plus, nous avons le droit, à titre de dédommagement, de vous réclamer le paiement de toutes les cotisations dues jusqu'à l'échéance principale de votre adhésion,
- si la déclaration inexacte ou l'omission n'est pas intentionnelle (article L113-9 du Code des assurances), vous vous exposez :
 - avant le sinistre : soit à une augmentation de votre cotisation, soit à la résiliation de votre adhésion ;
 - après le sinistre : à la réduction de vos indemnités proportionnellement à la cotisation que vous auriez dû payer si vos déclarations avaient été exactes.

3. La subrogation

Nous vous remplaçons dans vos droits et actions contre tout responsable d'accident pour le remboursement des prestations prévues au contrat.

II. Votre cotisation

1. Quel est son montant ?

Votre cotisation pour l'année en cours est mentionnée au sein de votre certificat d'adhésion.

A l'adhésion et en cas de modification en cours de contrat, elle dépend :

- de votre âge et de celui de toutes les personnes à assurer à la date d'effet de la garantie,
- du nombre de personnes assurées sur le contrat,
- des garanties choisies,
- de votre lieu de résidence.



2. Quand devez-vous la payer ?

Pour chaque année d'assurance, la cotisation indiquée dans votre contrat est annuelle et payable à l'avance. Cependant, vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation.

Le règlement s'effectue au plus tard dans les dix jours suivant la ou les échéances indiquées dans votre certificat d'adhésion.

3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement ?

À défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les dix jours de son échéance, vos garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure (article L113-3 du Code des assurances).

Cette suspension de garantie :

- ne nous empêche pas de poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation due,
- nous autorise à résilier votre contrat dix jours après le début de la suspension si, dans ce délai, la cotisation due n'a toujours pas été payée,
- vous fait perdre ainsi qu'aux autres personnes assurées, le droit aux prestations de votre contrat, même si la cotisation impayée est ultérieurement réglée, en ce qui concerne :
 - les dépenses occasionnées par des soins reçus pendant la période de suspension ;
 - l'allocation forfaitaire pour les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension.

En cas de fractionnement de la prime annuelle, la suspension intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

Le contrat non résilié reprend ses effets à midi le lendemain du jour où la cotisation ou fraction de la cotisation a été réglée.

4. Comment évolue-t-elle ?

Lors de chaque renouvellement annuel, votre cotisation évolue selon des critères contractuels (âge, indexation). Nous pouvons réévaluer son montant notamment en fonction des résultats techniques de la gamme Allianz Composio et de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

5. Quels sont les conséquences d'une modification réglementaire ou de la couverture de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité (garantie soins uniquement) ?

Vos garanties et/ou cotisations peuvent faire l'objet de modifications, comme le prévoit l'article L141-4 du Code des assurances. Ces modifications vous seront notifiées par l'Association de Prévoyance Santé (ADPS). En cas de désaccord, vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre adhésion dans le délai et les conditions indiqués dans la notification.

Toute modification législative ou réglementaire (exemple : niveaux de remboursement du régime de Sécurité sociale), provoquant une variation des dépenses de soins prises en charge par votre régime obligatoire peut entraîner :

- le maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire) en contrepartie d'une révision de votre cotisation,
- le maintien de votre cotisation en contrepartie d'une révision de votre niveau de remboursement.



Tableau récapitulatif de l'évolution des cotisations :

	Garanties soins	Garanties hospitalières	Date d'effet
Âge de l'assuré Les cotisations augmentent aux âges suivants :	Tous les ans à partir du 18 ^e anniversaire	Tous les ans à partir du 18 ^e anniversaire	L'échéance principale
Indexation Les cotisations et les prestations des garanties augmentent tous les ans du taux indiqué ci-contre. Toutefois, nous pourrions éventuellement augmenter ce taux en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC.	Non	2 %	L'échéance principale
Résultats techniques Chaque année, les cotisations sont révisées en fonction des résultats techniques constatés et de l'évolution prévisible des remboursements complémentaires de frais de soins. Cette révision s'applique à l'ensemble des contrats ou bien à une catégorie de contrats. L'état de santé de l'assuré au moment de cette révision n'est aucunement pris en compte, conformément à la loi n° 89-1009 du 31/12/89.	Oui	Oui	L'échéance principale
Modification de la couverture de votre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité Les cotisations peuvent être révisées en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global (cumul des remboursements de votre régime obligatoire et de votre assurance complémentaire).	Oui	Non	La date indiquée sur la notification
Modification réglementaire Les cotisations peuvent être révisées selon l'impact des modifications législatives ou réglementaires.	Oui	Oui	La date indiquée sur la notification
Dans tous les cas, la modification vous sera notifiée et, en cas de désaccord, vous avez la possibilité de demander la résiliation de vos garanties dans le délai et conditions indiqués dans la notification.			

III. La modification de vos garanties

Tous les assurés d'une même adhésion doivent être dans la même gamme (**Hospi**, **Budget**, **Classic** ou **Plus**). Vous avez, à tout moment, la possibilité de nous demander la modification des garanties de votre adhésion mais, pour les soins, la compatibilité des gammes doit être respectée si plusieurs assurés sont couverts au titre de l'adhésion.

Il vous suffit de nous fournir les éléments nécessaires à sa prise en compte. La garantie soins choisie doit correspondre au profil dont vous relevez, selon votre âge, à la date d'effet de la modification.

Des limitations de garanties pourront être appliquées en fonction du niveau de prestations de la garantie d'origine et celui de la nouvelle garantie. La date d'effet du changement de garantie se fait à la date souhaitée sous réserve que votre adhésion ait au moins un an. En outre, pour la garantie soins, l'intervalle entre deux changements de garantie sur l'adhésion doit être d'une année minimum. La modification de garanties entraîne la modification de la cotisation.



IV. Le règlement de vos prestations

1. Les compléments d'information

Notre médecin-conseil peut être amené, à tout moment, à compléter son information en vous demandant :

- pour les gammes soins (**Hospi, Budget, Classic et Plus**) et garanties hospitalières (**Classic et Plus**), de lui adresser des documents médicaux spécifiques,
- pour les garanties hospitalières (**Classic et Plus**) :
 - de renseigner un questionnaire médical,
 - de vous soumettre à un examen médical.

Dans tous les cas, votre centre de service clients peut également être amené à vous demander tout document lui permettant d'apprécier le droit à indemnisation.

Le versement des prestations sera suspendu en cas de refus de :

- transmettre les documents demandés dans tous les cas,
- vous soumettre à un examen médical pour les garanties hospitalières.

2. Quels sont les recours possibles en cas de désaccord ?

Nous pouvons refuser, pour une raison d'ordre médical, de vous accorder tout ou partie des prestations que vous demandez. Cette décision vous est communiquée par lettre recommandée.

a. L'expertise amiable

Si vous contestez cette décision, vous avez la possibilité de vous faire assister et/ou d'opposer les conclusions de votre médecin traitant ou de demander une expertise amiable sous deux conditions :

- que votre demande soit effectuée dans les deux mois qui suivent notre refus d'indemnisation,
- que notre refus ne soit pas motivé par une fausse déclaration.

Le choix du médecin expert se fait :

- soit d'un commun accord entre vous et notre médecin-conseil, à partir d'une liste d'experts près des tribunaux,
- soit par le tribunal de votre lieu de résidence.

Les honoraires et frais relatifs à cette expertise sont :

- partagés par moitié entre vous et nous pour le médecin expert,
- à votre charge pour le médecin de votre choix si vous souhaitez être assisté au cours de cette expertise.

b. Les autres voies de réclamation possibles

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 – Relations Clients – Case courrier S 1803 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex ou un e-mail 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 TSA 50 110 – 75441 Paris Cedex 09.

Vous avez toujours la possibilité de mener toutes autres actions légales.



V. La fin de votre adhésion

1. La résiliation

Elle peut intervenir à votre initiative ou à la nôtre.

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous les différentes situations possibles.

Qui peut résilier et dans quel cas ?	Que faut-il faire et à quel moment ?	Quand la résiliation prend-elle effet ?
Vous pouvez résilier votre contrat Chaque année. Si vous refusez la hausse du montant de votre cotisation due à un motif réglementaire ou législatif (voir au chapitre « La vie de votre contrat », paragraphe V).	Vous nous envoyez une lettre recommandée deux mois avant l'échéance principale⁽¹⁾ Se référer aux délais et conditions indiqués dans la notification mentionnant cette évolution.	A l'échéance principale Se référer aux indications mentionnées dans la notification reçue
Nous pouvons résilier votre contrat Si vous n'avez pas réglé une partie ou la totalité de votre cotisation. Si vous avez effectué une omission ou une inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat. Si vous avez commis une fraude ou une tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre. Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions tarifaires proposées en cas d'aggravation de risque, indépendante de votre état de santé.	Nous vous envoyons une lettre recommandée de mise en demeure dix jours après la date limite de règlement de la cotisation. Nous vous envoyons une lettre recommandée. Nous vous envoyons une lettre recommandée.	Quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure⁽¹⁾ Article L113-9 : dix jours après l'envoi de la lettre recommandée⁽¹⁾ Dix jours après l'envoi de la lettre recommandée par nos services⁽¹⁾ Trente jours après la réception de notre proposition de modification⁽¹⁾
La résiliation de votre contrat est automatique Lorsque vous atteignez l'âge limite de garantie indiqué dans votre notice d'information pour les garanties hospitalières. Lorsque vous quittez, pour une période supérieure à un an : - la France métropolitaine ou les DROM pour la garantie soins, - la France métropolitaine pour les garanties hospitalières.		Pour les garanties hospitalières, à la date anniversaire indiquée dans le présent document. - Garantie soins : dès que vous ne bénéficiez plus du régime obligatoire français. - Garanties hospitalières : à la date de votre départ.

1 La date du cachet de la poste faisant foi.



2. Quelles sont les conséquences de la résiliation ?

	Vous recevez des prestations pour :	Vous ne recevez pas de prestations pour :
Garantie soins	Les soins effectués avant la résiliation de votre garantie, même si la demande de remboursement est effectuée après la résiliation.	Les soins effectués après la résiliation de votre garantie y compris ceux liés à une hospitalisation ayant débutée avant la résiliation. Ces soins, peuvent, quand bien même, être rattachés à une maladie ou un accident antérieur à la résiliation.
Garanties hospitalières	Les hospitalisations qui ont débuté avant la résiliation de votre garantie, y compris pour les journées d'hospitalisation qui se situent au-delà de cette date. Toutefois l'indemnisation se fait dans la limite de versement prévue à l'article VII « le versement de l'allocation forfaitaire est-il limité dans le temps » de la partie « garanties hospitalières » de votre notice d'information.	Les hospitalisations qui ont débuté après la résiliation de votre garantie.

VI. Les informations générales

1. Quelles sont les démarches pour renoncer à votre adhésion ?

L'adhésion au contrat peut s'effectuer soit en face à face avec un conseiller, soit à distance par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication (téléphone, internet, courrier).

En cas d'adhésion à distance, l'ordonnance du 6 Juin 2005 et les articles L112-2-1 et R112-4 du Code des assurances vous sont applicables. Les informations ci-dessous concernent l'adhérent, personne physique domiciliée fiscalement en France, qui adhère au contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, par voie de vente à distance.

La fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion de l'adhésion comprise, constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L112-2-1 du Code des assurances.

Il est précisé que les règles applicables en matière de vente à distance ne s'appliquent que lors de l'adhésion au contrat et pour les adhésions se prorogeant tacitement chaque année.

Conformément à ces dispositions et aux informations qui vous ont été communiquées, il vous est précisé que :

- l'adhésion, établi en langue française et régi par le Code des assurances, est souscrite auprès d'Allianz IARD – 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex (société anonyme au capital de 991.967.200 euros - 542 110 291 RCS Nanterre). L'ensemble des documents qui seront échangés en cours d'exécution du contrat sera exprimé en langue française,
- la date de commencement d'exécution de votre adhésion figure sur votre acceptation de l'offre d'adhésion et correspond à la date de signature de cette dernière,
- les garanties, limitations et exclusions ainsi que les modalités d'examen des réclamations éventuelles sont mentionnées dans la présente notice d'information concernant l'offre proposée,
- le montant de votre cotisation, ainsi que ses modalités de paiement figurent dans votre acceptation de l'offre d'adhésion. En cas de prélèvement automatique, vous vous engagez à adresser à votre établissement bancaire dès l'adhésion, un mandat SEPA régularisé et signé par vos soins. Ce document vous sera communiqué soit par e-mail, soit par courrier,
- en cas d'adhésion à distance, vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir soit à compter du jour de la conclusion à distance de votre adhésion, soit à compter du jour de la réception de votre certificat d'adhésion si cette dernière date était postérieure à la date de conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Cependant, ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux



parties à la demande expresse de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation,

- les contrats pour lesquels s'applique le droit de renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai sans votre accord. Dans le cas où vous avez demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, et que vous usez de votre droit à renonciation, vous devrez vous acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert.

Pour renoncer à votre adhésion, il vous suffit d'adresser une lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante :

Allianz
TSA 61001
67018 Strasbourg

Pour faciliter l'exercice de votre droit de renonciation, vous trouverez ci-après un modèle de lettre type :

« Je soussigné M, demeurant au, renonce à mon adhésion N° au contrat dénommé Allianz Composio souscrit par l'association ADPS auprès d'Allianz et demande le remboursement de ma cotisation de euros déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le risque a couru.

(date et signature). »

- Les frais liés aux techniques de communication à distance sont à votre charge. Ainsi, vous supportez les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques et le coût des connexions Internet qui ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

2. Le service e-courrier

Vos documents dans votre espace client

En communiquant à Allianz ou à votre conseiller votre adresse e-mail ou votre numéro de téléphone au moment de votre adhésion (ou par la suite), vous bénéficiez automatiquement du service e-courrier d'Allianz.

Vous acceptez alors qu'Allianz ou votre conseiller utilisent votre adresse e-mail ou votre numéro de téléphone pour vous adresser des courriers de gestion ou d'information liés à votre adhésion.

Ce service vous est réservé en tant que client Allianz, adhérent de ce contrat d'assurance et abonné à l'espace client du site www.allianz.fr.

Des définitions utiles

- Espace client : c'est votre espace personnel sur « Allianz.fr ». Pour vous y rendre, il suffit de vous

connecter au site www.allianz.fr, puis de saisir votre identifiant personnel et votre code confidentiel.

- Service : c'est le terme qui désigne la communication par Allianz d'e-courriers qui vous sont adressés via votre espace client : à la suite d'un message d'alerte adressé via e-mail ou par SMS... Selon votre contrat, les fonctionnalités de ce service peuvent varier.
- E-courriers : ce sont des courriers électroniques qu'Allianz vous adresse, concernant la gestion et le suivi de vos contrats chez Allianz. Ces courriers incluent ceux que l'association ADPS est amenée à vous adresser au titre de votre adhésion, et dont elle a confié à Allianz la tâche de vous les communiquer. Tous ces courriers électroniques sont facilement accessibles depuis votre espace client. Attention toutefois, certains des documents d'information et de gestion de votre adhésion ne peuvent pas vous être adressés par e-courrier.

Comment fonctionne notre service e-courrier ?

Notre service vous offre la possibilité de consulter, télécharger, sauvegarder et imprimer vos e-courriers.

Pour accéder à notre service, il vous suffit de vous rendre dans votre espace client après avoir saisi votre identifiant et votre code confidentiel dont vous êtes réputé être le seul titulaire. L'utilisation de l'un et l'autre prouvent que la connexion à l'espace client et l'utilisation du service sont réalisés par vous ; vous les utilisez sous votre contrôle et responsabilité.

L'accès et l'utilisation de ce service supposent que l'adresse e-mail et le numéro de téléphone, indiqués dans votre espace client, sont valides. L'un et l'autre nous servent en effet à vous informer de l'arrivée d'un nouvel e-courrier (via un e-mail, un SMS, ou une alerte via tout autre moyen de communication électronique) ce que vous acceptez.

N'oubliez pas de modifier ou d'actualiser ces informations en cas de changement. Nous ne pourrions être tenus responsables de l'utilisation d'une adresse e-mail ou d'un numéro de téléphone non valide.

L'accès à votre espace client et l'utilisation du service nécessitent des logiciels à jour pour la navigation sur internet, l'ouverture et la lecture de vos e-courriers, installés sur votre ordinateur, tablette ou smartphone.

Quelle est la durée du service e-courrier ?

Le service est à durée indéterminée.

Comment résilier le service e-courrier ?

Vous pouvez à tout moment vous désinscrire via votre espace client. Vos e-courriers resteront alors



accessibles et consultables pendant trois ans minimum.

Vous ne recevrez plus d'e-courrier 7 jours après avoir résilié le service. Nos documents vous seront alors adressés sous format papier à la dernière adresse postale connue d'Allianz.

De même, la résiliation de l'un des contrats [adhésions], à votre initiative ou à la nôtre, met fin au service et entraîne les conséquences décrites ci-dessus.

Vous pouvez à tout moment choisir de bénéficier à nouveau de notre service e-courrier si vous avez un contrat [adhésion] en cours chez Allianz.

Toutefois, s'il n'existe plus de contrat [d'adhésion] en cours et actif [active] dans votre espace client, vous pourrez accéder au service et consulter vos e-courriers pendant un délai de 6 mois uniquement. Cette consultation se fera via un lien contenu dans un e-mail d'alerte que nous vous adresserons lors de la résiliation effective ou la cessation de votre dernier contrat [dernière adhésion]. Une fois ces 6 mois écoulés, le contenu de votre espace client sera effacé. Les éventuels courriers postérieurs à la résiliation ou à la cessation de votre dernière adhésion d'assurance pour laquelle vous bénéficiiez du service, vous seront alors adressés sous format papier à la dernière adresse postale connue d'Allianz.

Dans tous les cas, nous vous conseillons de sauvegarder et/ou imprimer les documents que vous souhaiteriez conserver au moment de votre désinscription ou avant que votre espace client soit définitivement fermé.

Convention de preuve

En raison des limites de confidentialité des e-mails et de leurs pièces jointes, vous et nous convenons que toute communication d'informations contenues dans les e-courriers liés à la gestion et au suivi des adhésions ou contrats souscrits auprès d'Allianz s'effectuera via l'espace client. L'objectif de ce dernier est de garantir la sécurisation et la confidentialité du contenu des communications que nous vous transmettons.

Vous êtes informé que des informations vous ont été communiquées par e-courriers et sont disponibles dans votre espace client par des alertes effectuées via message électronique, SMS ou tout autre moyen de communication électronique et dans les conditions prévues à l'article « Comment fonctionne notre service e-courrier ? » ci-dessus. A ce titre, vous acceptez ce mode de transmission et reconnaissez qu'il constitue en droit et en fait communication et remise desdites informations.

Lorsque ces e-courriers font courir un délai pour l'exercice d'un droit ou d'une faculté à votre profit ou à votre rencontre, vous et nous convenons que

le point de départ de ce délai est la date à laquelle l'e-courrier est accessible via l'espace client et dont vous avez été informé dans les conditions prévues à l'article « Comment fonctionne notre service e-courrier » ci-dessus. Cette date figure dans l'espace client en lien avec l'e-courrier en question.

Vous et nous convenons que les e-courriers accessibles via l'espace client ont quant à leur existence et leur contenu la même valeur probante qu'un courrier papier. Vous disposez en tout état de cause du droit d'administrer la preuve contraire.

Vous et nous sommes susceptibles de produire les e-courriers, en tant que preuve en cas de litiges, y compris dans ceux qui nous opposent.

Le stockage de vos e-courriers

Tous vos e-courriers sont conservés dans les systèmes informatiques hébergés auprès d'Allianz Informatique à cette adresse : GIE – 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris la Défense Cedex – 723 000 642 RCS Nanterre.

3. La protection de vos données personnelles

a. Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes prospect, adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de primes ou 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. Elles sont également nécessaires à l'Association souscriptrice, ADPS, pour la gestion de votre adhésion à cette dernière.

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.

Si vous adhérez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

b. 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, annonceurs ou relais publicitaires.

Et pour les données afférentes à la gestion de votre adhésion à l'association souscriptrice : l'ADPS.

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 ».

c. Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou 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.

d. Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de

connexion sont reconnues. Et vos pages sont plus rapidement chargées.

e. 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.

f. Qui est en charge de vos données au sein du groupe Allianz ?

Allianz Vie

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

Allianz IARD

Société anonyme au capital de 991.967.200 €
542 110 291 RCS Nanterre

Entreprises régies par le Code des assurances
1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr



g. 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 « responsable des données personnelles ». 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.

h. Vos contacts

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

Si votre contrat a été souscrit auprès d'un agent général, d'un conseiller Allianz Expertise et Conseil ou d'un Point Service Allianz :

- 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.

Si votre contrat a été souscrit auprès d'un courtier : écrivez-lui directement.

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

4. Quels sont vos droits d'opposition au démarchage téléphonique ?

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

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

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

5. Quelles sont les conditions de prescription ?

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

La prescription se définit comme l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à

L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 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 de l'adhérent 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 L114-2 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 L114-3 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 L114-2 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.

6. L'autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de notre société est :

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



Les garanties assistance

Pour vous aider quotidiennement ou avant, pendant et après une hospitalisation, vous profitez, avec à vos garanties soins, de services proposés par Mondial Assistance. Ceux-ci sont adaptés à votre profil et à la garantie que vous avez choisie.

Certains services sont proposés uniquement pour une seule gamme, à savoir **Hospi**, **Classic** ou **Plus**. Dans ce cas, nous précisons la gamme concernée. **Par contre, l'offre Budget ne prévoit aucune assistance.** Pour connaître les services dont vous bénéficiez, il vous suffit de repérer ceux correspondant à votre profil (**Enfant**, **Adulte** ou **Sénior**).

I. Les conditions de mise en œuvre

Vous, ou l'un de vos proches, devez absolument prendre contact avec Mondial Assistance pour bénéficier de l'une des prestations. Pour cela, nous vous invitons à utiliser l'un des moyens suivants :

Depuis la France :

- téléphone : 0 969 391 929 (appel non surtaxé)
- télécopie : 01 40 25 52 62

Depuis l'étranger :

- téléphone : 00 33 1 40 25 58 61
- télécopie : 00 33 1 40 25 52 62



Ces services sont accessibles 24h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires,

Informations importantes dont vous devez disposer pour toute demande d'intervention :

- nom et n° d'adhésion au contrat,
- nom et prénom du bénéficiaire,
- adresse exacte du bénéficiaire,
- numéro de téléphone auquel le bénéficiaire ou son représentant légal peut être joint,
- numéro de protocole d'assistance :

- si vous avez le profil **Enfant** et souscrit une garantie :

Hospi ou **Classic** : 921 035

Plus : 921 036

- si vous avez le profil **Adulte** et souscrit une garantie :

Hospi ou **Classic** : 921 040

Plus : 921 037

- si vous avez le profil **Sénior** et souscrit une garantie :

Hospi ou **Classic** : 921 039

Plus : 921 038



Si vous ou l'un de vos proches organise l'un des services prévus dans votre contrat, et pour que celui-ci puisse être remboursé, vous devez absolument prévenir Mondial Assistance et obtenir préalablement son accord exprès.

II. Exclusions générales

1. Sont exclus

- les demandes non justifiées,
- les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les maladies chroniques psychiques,
- les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées ou en cours de traitement,
- les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - 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,



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 dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe.

Toutefois, nous couvrons les dommages en cas de légitime défense,

- les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- la plongée sous-marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (Mondial Assistance n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale),
- les phobies scolaires.

2. Ne donnent pas lieu à prise en charge

- les frais de secours d'urgence, les frais de recherche, les frais de transports primaires.

A l'exception des frais d'évacuation sur piste de ski qui sont couverts à concurrence de 230 € TTC,

- les frais de prothèse internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus en France ou à l'étranger,
- les frais de cure thermale et de séjour en maison de repos, les frais de rééducation.

III. L'assistance Information

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, Mondial Assistance communique au bénéficiaire les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

1. Informations d'ordre général sur la santé

Enfant - Adulte - Senior

- les urgences (n° Samu, pompiers, centre anti-poison...),
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme,
- les problèmes de poids,
- 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 : caractère obligatoire/conseillé, risques liés à la vaccination,
- les maladies du 3^e/4^e âge (service indisponible pour le profil **Enfant**),
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies (ex : le diabète),
- les médicaments : les médicaments génériques,
- 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...).

2. Informations spécifiques à une pathologie (ex : autisme, allergies, sida, parkinson, alzheimer...)

Enfant - Adulte - Senior

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie,
- aide dans les recherches (où se renseigner ? Quelles associations ?),
- l'évolution de la maladie,
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage.



3. Conseils, informations et orientation en matière de contraception

Enfant - Adulte

- information thématique sur la contraception,
- avantages, inconvénients et explications des différentes techniques de contraception (pilules 1^{re}, 2^e ou 3^e génération, stérilet, patch, préservatif) et orientation lorsque nécessaire,
- que faire en cas de grossesse non souhaitée ?
L'interruption volontaire de grossesse, ses aspects psychologiques, légaux... les différentes méthodes.
Orientation lorsque nécessaire.

2. Les déplacements pour visites, analyses et examens médicaux

Sénior

Service accessible uniquement avec l'offre Plus.

Transport aller/retour en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi si le bénéficiaire doit passer des examens médicaux, faire des analyses médicales ou se rendre aux visites médicales.

La prise en charge financière du transport est limitée à un maximum de 100 € TTC par année civile, quel que soit le nombre de visites, analyses et examens médicaux.

IV. Au domicile en cas de maladie, accident, accouchement ou décès

(d'un des 2 parents pour le profil **Enfant**)

Enfant - Adulte - Sénior

Le premier réflexe, en cas d'urgence, est d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, Mondial Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

1. La livraison de médicaments en urgence

Enfant - Adulte - Sénior

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. Mondial Assistance fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance et est accessible 24h/24, 7 jours/7.

3. Pendant ou à la suite d'une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures du bénéficiaire ou en cas de son décès

Sénior

Pour bénéficier de ces services, le bénéficiaire doit fournir un bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

Mondial Assistance organise et prend en charge les frais suivants, pour ces motifs :

a. Assistance aux enfants à charge et petits-enfants de moins de 15 ans habituellement gardés par le bénéficiaire

Le transfert des enfants à charge ou petits-enfants de moins de 15 ans

Un voyage aller/retour jusque chez un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire, avec, si nécessaire, accompagnement par un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

La garde au domicile des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans

Service accessible uniquement avec l'offre Plus.

Cette prestation s'effectue dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 48 heures par période d'hospitalisation ou en cas de décès. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors dimanche et jours fériés. La prestation est rendue par une personne qualifiée. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant, hors 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.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Le transfert des enfants à charge ou petits-enfants de moins de 15 ans » et « La présence d'un proche au domicile ».

La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire

Nous prenons en charge un voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper des enfants ou petits-enfants.

Le séjour à l'hôtel de la personne

Désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » dans la limite par séjour de :

- 100 € TTC pour l'offre **Classic**,
- 150 € TTC pour l'offre **Plus**.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de la personne désignée a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

Les 2 dernières prestations ne sont pas cumulables avec la prestation « Le transfert des enfants à charge ou petits-enfants de moins de 15 ans habituellement gardés par le bénéficiaire ».

b. Assistance aux ascendants dépendants à charge

La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire

Nous prenons en charge un voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper de l'ascendant dépendant à charge.

Le séjour à l'hôtel de la personne

Nous le prenons en charge pour la personne désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » dans la limite par séjour de :

- 100 € TTC pour l'offre **Classic**,
- 150 € TTC pour l'offre **Plus**.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de la personne désignée a été organisé préalablement dans les conditions définies à la prestation « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation « Transfert de l'ascendant dépendant ».

Le transfert de l'ascendant dépendant

Nous prenons en charge un voyage aller/retour jusque chez un proche, résidant en France métropolitaine, désigné par le bénéficiaire, avec, si nécessaire, accompagnement par un proche résidant en France métropolitaine désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire ».

La garde de l'ascendant dépendant

Service accessible uniquement avec l'offre Plus.

Nous prenons en charge un auxiliaire de vie, pour un maximum de 5 jours consécutifs par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de l'auxiliaire de vie dure au minimum 3 (trois) jours et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. Pendant ses heures de présence, l'auxiliaire de vie assiste le bénéficiaire en lui apportant une aide professionnelle dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne. Ces activités, y compris les loisirs sont : le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène et de prévention (à l'exclusion des soins infirmiers), l'aide à l'appareillage, la préparation et la prise des repas et les travaux ménagers courants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Transfert de l'ascendant dépendant ».

4. Pendant ou à la suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de courte durée du bénéficiaire ou d'immobilisation ou en cas de décès du bénéficiaire (profil Adulte/Sénior) ou d'un des 2 parents (profil Enfant)

Conditions :

- L'hospitalisation doit avoir une durée de plus de :
 - **2 jours** pour le profil **Enfant** et **Adulte** quelle que soit l'offre,
 - **3 jours** pour le profil **Sénior** avec l'offre **Classic**,
 - **2 jours** pour le profil **Sénior** avec l'offre **Plus**.
- L'immobilisation doit avoir une durée de plus de :
 - **5 jours** pour le profil **Enfant** quelle que soit l'offre,
 - **5 jours** pour le profil **Adulte** et situation indemnisable uniquement avec l'offre **Plus**.



Pour le profil Sénior, aucun service n'est disponible en cas d'immobilisation.

Pour bénéficier de ces services, le bénéficiaire doit fournir un bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical

Mondial Assistance organise et prend en charge les frais suivants, pour ces motifs.

a. L'aide-ménagère à domicile

Adulte - Sénior

Nous prenons en charge ce service dans la limite des disponibilités locales, pouvant être réparties sur 3 semaines et pour un maximum de :

- 9 (neuf) heures pour l'offre **Classic**,
- 15 (quinze) heures pour l'offre **Plus**.

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

La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

En cas d'hospitalisation, la demande doit être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile, pour pouvoir être accordée.

Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance.

b. La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Enfant - Adulte - Sénior

Nous prenons en charge un voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne désignée par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur, résidant en France métropolitaine, et qui vient à son chevet/domicile.

c. Le séjour à l'hôtel de la personne

Enfant - Adulte - Sénior

Nous le prenons en charge pour la personne désignée au paragraphe IV.4.b « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite par séjour de :

- 100 € TTC pour l'offre **Classic**,
- 150 € TTC pour l'offre **Plus**.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de cette personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe IV.4.b « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Pour le profil Enfant, les prestations IV.4.b et IV.4.c ne sont pas cumulables avec les prestations IV.4.d « La garde au domicile - du

bénéficiaire (profil Enfant) / des enfants à charge (profil Adulte) - de moins de 15 ans » et IV.4.e « Le transfert du - bénéficiaire (profil Enfant)/ des enfants à charge (profil Adulte) - de moins de 15 ans chez un proche ».

d. La garde au domicile - du bénéficiaire (profil Enfant)/des enfants à charge (profil Adulte) - de moins de 15 ans

Enfant - Adulte

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 48 heures pour le profil **Enfant** (offre **Classic**) et le profil **Adulte** (offres **Classic** et **Plus**), 3 jours pour le profil **Enfant** (offre **Plus**) :

- par période d'hospitalisation, d'immobilisation du bénéficiaire ou en cas de décès d'un des 2 parents (profil **Enfant**),
- par période d'hospitalisation ou en cas de décès (profil **Adulte**).

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors dimanche et jours fériés.

La prestation est rendue par une personne qualifiée.

Sa mission consiste à garder le bénéficiaire/l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant, hors 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.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

- IV.4.b « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et IV.4.e « Le transfert du - bénéficiaire (profil Enfant) / des enfants à charge (profil Adulte) - de moins de 15 ans chez un proche (profil Enfant) »,
- IV.4.g « Présence d'un proche au domicile » et IV.4.e « Le transfert du - bénéficiaire (profil Enfant) / des enfants à charge (profil Adulte) - de moins de 15 ans chez un proche (profil Enfant) ».

e. Le transfert du - bénéficiaire (profil Enfant) / des enfants à charge (profil Adulte) - de moins de 15 ans - chez un proche

Enfant - Adulte

Un voyage aller/retour jusqu'à chez un proche résidant en France métropolitaine désigné par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur, avec si nécessaire, accompagnement par un proche résidant en France métropolitaine désigné



par l'adhérent ou le bénéficiaire majeur ou un correspondant de Mondial Assistance.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations :

- IV.4.b « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et IV.4.d « La garde au domicile - du bénéficiaire / des enfants à charge - de moins de 15 ans (profil Enfant) »,
- IV.4.g « Présence d'un proche au domicile » et IV.4.d « La garde au domicile - du bénéficiaire / des enfants à charge - de moins de 15 ans » (profil Adulte).

f. La garde des animaux de compagnie (chiens, chats)

à l'exclusion de tout autre animal

Adulte - Sénior

- soit la garde chez un professionnel, frais de nourriture compris, dans la limite de 200 € TTC maximum par période d'hospitalisation ou en cas de décès,
- soit le transport chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Nous excluons les chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense) mentionnés dans la loi n° 2008-582 du 20 juin 2008 renforçant les mesures de prévention et de protection des personnes contre les chiens dangereux.

g. La présence d'un proche au domicile

Adulte

Un voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne résidant en France métropolitaine désignée par le bénéficiaire, pour s'occuper des enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire.

h. Le séjour à l'hôtel de la personne

Adulte

Désignée au IV.4.g « Présence d'un proche au domicile » dans la limite par séjour de :

- 100 € TTC pour l'offre **Classic**,
- 150 € TTC pour l'offre **Plus**.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé

préalablement dans les conditions définies au IV.4.g « Présence d'un proche au domicile ».

Les prestations IV.4.g et IV.4.h ne sont pas cumulables avec les prestations IV.4.d « La garde au domicile - du bénéficiaire (profil Enfant) / des enfants à charge (profil Adulte) - de moins de 15 ans » et IV.4.e « Le transfert du - bénéficiaire (profil Enfant) / des enfants à charge (profil Adulte) - de moins de 15 ans chez un proche ».

i. Une garde-malade

Sénior

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de **24 heures** pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de la garde-malade dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie entre 8 h et 19 h du lundi au samedi, hors jours fériés. La garde-malade est à proximité directe du bénéficiaire et assure son confort physique et moral (aide à la toilette, à l'habillage, promenade). La garde-malade n'est pas habilitée à effectuer des soins médicaux, mais peut, sur la base d'une ordonnance s'assurer de la prise des médicaments.

5. En cas de maladie ou accident du bénéficiaire entraînant une absence scolaire de plus de 10 jours consécutifs ou en cas de décès d'un des 2 parents

Enfant

Pour bénéficier de ce service, le bénéficiaire doit fournir un bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

Pour ces motifs, Mondial Assistance organise et prend en charge :

a. Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales, du cours préparatoire au baccalauréat

Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner l'enseignant(e) à domicile habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire majeur ou de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, **dans la limite d'un trimestre**, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, **à raison de 15 heures par semaine**, tous cours confondus,



fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par enseignant(e). Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai de 2 jours ouvrés.

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, attestée par le bulletin d'hospitalisation.

Les matières scolaires principales sont les suivantes : français, mathématiques, physique, chimie, géographie, langues étrangères (langues de la CEE), histoire, technologie, biologie.

La prestation est accordée pour chaque absence scolaire de plus de 10 jours consécutifs, en cas de maladie ou accident du bénéficiaire ainsi qu'en cas de décès d'un des 2 parents, dans la limite des exclusions générales.

La prestation est également accordée en cas de chimiothérapie par intraveineuse, chimiothérapie orale ou de radiothérapie ambulatoire.

Les phobies scolaires sont exclues.

b. La conduite du bénéficiaire à l'école

Service accessible uniquement avec l'offre **Plus**.

S'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 150 € TTC maximum par période d'immobilisation.

6. Suite d'une hospitalisation prévue ou imprévue de plus de 10 jours (offre Plus) - 15 jours (offre Classic)

Sénior

Pour bénéficier de ce service, le bénéficiaire doit fournir un bulletin d'hospitalisation.

Pour ce motif, Mondial Assistance organise et prend en charge :

a. La téléassistance ponctuelle

Mise à disposition et prise en charge au domicile d'un dispositif de téléassistance pendant 3 (trois) mois si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 10 jours (offre **Plus**) - 15 jours (offre **Classic**).

Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation,

24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui.

Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone).

L'opérateur dialogue avec le bénéficiaire pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les proches du bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc.

Si le bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.

Au-delà de cette période de 3 mois, Mondial Assistance pourra, à la demande du bénéficiaire, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

b. Conditions applicables à la mise en place du dispositif téléassistance

Lors de la demande, le bénéficiaire devra fournir un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son domicile,
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son domicile,
- des informations concernant son entourage,
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant,
- la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au domicile.

V. En cas de traumatisme psychologique

Enfant - Adulte - Sénior

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tout autre événement qui l'affecte psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, Mondial Assistance **organise et prend en charge :**

1. Un soutien psychologique par téléphone

Par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire 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 bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de Mondial Assistance qui le rappellera pour entamer la démarche. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 2 entretiens maximum. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

2. Un accompagnement psychologique en face à face

Par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de Mondial Assistance et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement.

Dans ce cas, la limite de consultation en cabinet prise en charge de Mondial Assistance est de :

- 6 heures pour l'offre **Classic**,
- 8 heures pour l'offre **Plus**.

Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

VI. En cas de chimiothérapie/ radiothérapie pour traitement du cancer

Adulte - Sénior

1. Aide-ménagère à domicile

En cas de chimiothérapie par intraveineuse, chimiothérapie orale ou de radiothérapie ambulatoire, pour traitement du cancer, Mondial Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales et par année civile, une aide-ménagère à concurrence de :

- 15 heures maximum pour l'offre **Classic**,
- 30 heures maximum pour l'offre **Plus**.

L'intervention de la prestation « aide-ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48 heures qui suivent une séance de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Chaque intervention d'une aide-ménagère est de 3 heures minimum. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas...) au domicile. Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8h00 à 19h00.

Les heures allouées et leur répartition sont déterminées par Mondial Assistance.

VII. En cas de chirurgie ambulatoire

Adulte - Sénior

La chirurgie ambulatoire se pratique obligatoirement en milieu hospitalier. Le patient y entre le matin et en sort dans la journée.

1. Prise en charge des frais de taxi

En raison des procédures d'anesthésie spécifiques utilisées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et de la coloscopie, le patient opéré n'a pas le droit de conduire le soir pour retourner à son domicile.

Dans ce cas, Mondial Assistance organise et prend en charge le transport par taxi ou par ambulance du domicile vers l'hôpital et de l'hôpital vers le domicile, dans un rayon de 50 km maximum. Les frais de taxi sont pris en charge avec un maximum de 100 € TTC par intervention réalisée en chirurgie ambulatoire.

2. Appel du lendemain

Sur simple demande, une infirmière de Mondial Assistance appelle le bénéficiaire le lendemain de l'acte opératoire pour s'assurer qu'il n'a pas de problèmes particuliers consécutifs à l'intervention ou de difficultés dans la gestion du traitement prescrit. En cas de difficultés repérées, l'infirmière s'assure qu'il trouvera une réponse adéquate soit de l'établissement ayant réalisé l'acte, soit d'un professionnel de santé.



VIII. Assistance et conseil en ressources sociales

Adulte - Senior

Services accessibles uniquement pour l'offre Classic

Mondial Assistance propose au bénéficiaire :

- des informations sur ses droits et les démarches à accomplir pour obtenir des aides sociales,
- des adresses d'organismes spécialisés avec lesquels il peut avoir intérêt à prendre contact ; dans ce cas, Mondial Assistance s'assure de l'aboutissement des démarches entreprises.

Si besoin, et si l'état du patient le justifie, Mondial Assistance :

- établit un « profil personnalisé de besoins » en matière sociale, concernant l'impact de la maladie ou de l'accident sur sa vie quotidienne,
- l'assiste dans ses démarches en lui adressant des dossiers, en lui proposant une assistance téléphonique pour compléter ces dossiers,
- missionne pour son compte des professionnels du « social » et du maintien au domicile.

L'intervention à domicile de ces professionnels est à la charge du bénéficiaire.

IX. En cas de maladie ou d'accident corporel lors de voyages à l'étranger

Dans certains pays, les frais médicaux peuvent être très onéreux. Il est vivement conseillé de se renseigner avant le départ et de prévoir une couverture spécifique « frais médicaux » pour tout voyage à l'étranger, en complément de la prise en charge ci-dessous.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, Mondial Assistance communique au bénéficiaire les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

1. Information voyage

Adulte - Senior

Santé

- Informations médicales de la vie courante (les vaccins, les médicaments, les médicaments génériques, la prévention...).
- Les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques, centres anti-poisons, services « grands brûlés »...) : leurs coordonnées, leurs spécialités.

- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires et prévention, vaccinations...).
- Les médicaments.

Formalités administratives

- Démarches administratives à entreprendre pour déclarer un accident.
- Formalités administratives et services publics.

Juridique

- Comment porter plainte ?
- À qui s'adresser en cas de litige ?
- En termes de succession, comment protéger les intérêts de la famille ?

2. Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état du bénéficiaire nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Mondiale Assistance organise et prend en charge, après avis de son médecin :

a. Le transport sanitaire ou le rapatriement

Enfant - Adulte - Senior

Du bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté (soit dans le pays soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés (avion sanitaire, avion de ligne régulière, train, bateau, ambulance). Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du bénéficiaire le permet. Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est assuré jusqu'au domicile du bénéficiaire.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du bénéficiaire. Les médecins de Mondial Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du bénéficiaire, afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Si le bénéficiaire, ou son représentant légal si le bénéficiaire est mineur, refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance, il décharge Mondial Assistance de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd tout droit à prestation de Mondial Assistance.



b. Le transport d'une personne accompagnant le bénéficiaire

Enfant

Lors de son transport sanitaire, si l'état du bénéficiaire le justifie et s'il n'y a pas de contre-indication.

3. Hospitalisation ou immobilisation sur place

Enfant

Si le bénéficiaire est hospitalisé ou immobilisé sur place pour plus de dix jours, car son état ne justifie pas un rapatriement ou un transport sanitaire immédiat, mais l'empêche d'entreprendre le retour à la date initialement prévue, Mondial Assistance organise et prend en charge, après avis de son médecin :

a. Le séjour à l'hôtel d'une personne restée au chevet du bénéficiaire

Dans la limite par séjour de :

- 250 € TTC pour l'offre **Classic**,
- 350 € TTC pour l'offre **Plus**.

Le retour de cette personne est ensuite organisé et pris en charge si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations IX.3.b « La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » et IX.3.c « Le séjour à l'hôtel de la personne ».

b. La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Un voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne désignée par le souscripteur ou le bénéficiaire majeur et résidant en France métropolitaine, si aucun des passagers sur place ne peut rester.

c. Le séjour à l'hôtel de la personne

Désignée au paragraphe IX.3.b « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite par séjour de :

- 250 € TTC pour l'offre **Classic**,
- 350 € TTC pour l'offre **Plus**.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au IX.3.b « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Ces deux prestations ne sont pas cumulables avec la prestation IX.3.a « Le séjour à l'hôtel d'une personne restée au chevet du bénéficiaire ».

4. Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation engagés à l'étranger

Enfant - Adulte - Senior

Lorsque le bénéficiaire malade ou accidenté à l'étranger a engagé des frais médicaux ou n'est pas en mesure de régler sur place les sommes qui lui sont réclamées pour les soins reçus à la suite d'un événement couvert par la présente convention, Mondial Assistance propose :

a. L'avance des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger

Mondial Assistance fait l'avance du paiement des frais chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger directement auprès de l'établissement de soin où le bénéficiaire a été admis, dans la limite de 10 000 € TTC. Les factures sont alors adressées à Mondial Assistance qui en assure le règlement.

Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire ou un de ses proches dépose, au moment de la demande, auprès de Mondial Assistance ou de l'un de ses correspondants désigné, un chèque de paiement du montant à garantir.

Le chèque de garantie est encaissé par Mondial Assistance au plus tôt 2 (deux) mois après la date à laquelle l'avance a été faite. Au cas où le montant du chèque de garantie serait supérieur au montant réel des frais, Mondial Assistance s'engage à reverser à l'émetteur la différence entre son chèque de garantie et la facture réglée dans le mois qui suit le règlement de celle-ci.

b. Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés à l'étranger

La prise en charge ou les remboursements effectués par Mondial Assistance ne peuvent être inférieurs à 15 € TTC et sont limités par événement couvert par la présente convention d'assistance à :

- 2 000 € TTC pour l'offre **Classic**,
- 4 000 € TTC pour l'offre **Plus**.

Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à 45 € TTC.

La prise en charge ou les remboursements de Mondial Assistance viennent en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire ou ses ayants droit auprès des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le bénéficiaire est affilié.

Les demandes de prise en charge complémentaire doivent obligatoirement être accompagnées des décomptes originaux des remboursements obtenus auprès des organismes d'assurance maladie.



Ne donnent pas lieu à prise en charge ou remboursement complémentaire :

- les frais de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un accident ou une maladie survenu en France ou à l'étranger,
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos.

Afin de bénéficier du remboursement des frais avancés par le bénéficiaire **avec l'accord de Mondial Assistance**, le bénéficiaire doit communiquer à Mondial Assistance, tous les justificatifs (documents originaux) permettant d'établir le bien-fondé de la demande, par courrier à l'adresse suivante :

AWP France SAS
Service Relations Clientèle – DOP02
7 rue Dora Maar
CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex

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

X. En cas de décès en voyage en France ou à l'étranger

Enfant - Adulte - Senior

Mondial Assistance organise et prend en charge :

- le transport du corps depuis le lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine,
- les frais annexes nécessaires à ce transport y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite de 700 € TTC,
- la présence sur place d'un membre de la famille : un voyage aller/retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ de France métropolitaine, uniquement si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul,
- le séjour à l'hôtel du membre de la famille désigné au paragraphe « Présence sur place d'un membre de la famille », dans la limite par séjour de :
 - 250 € TTC pour l'offre **Classic**,
 - 350 € TTC pour l'offre **Plus**.

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

XI. Service d'information et de mise en relation avec des prestataires de services à la personne

Enfant - Adulte - Senior

Service accessible uniquement avec l'offre Plus

En complément des prestations accordées dans le cadre de la présente convention, l'adhérent ou le bénéficiaire majeur peut accéder à de la mise en relation avec un réseau de prestataires agréés, visant à accompagner celui-ci dans la recherche de solutions de vie quotidienne.

L'objectif de ce service est :

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

Suite à une demande de mise en relation auprès de la plateforme de service, l'adhérent ou le bénéficiaire majeur choisit ou non d'établir un contrat avec le prestataire avec lequel il a été mis en relation. Ce dernier se charge de lui régler directement les coûts relatifs à la réalisation des prestations.

Les prestations, propres à chaque profil, décrites dans les tableaux suivants sont éligibles au dispositif fiscal relatif aux services à la personne.



Enfant

Services	Public	Description de la prestation
Garde d'enfants	Enfants de tous âges	Garde d'enfants au domicile : - temps plein, temps partiel, sortie d'école, remplacement de nounou, - éveil et jeux, repas, toilette et soins d'hygiène, maintien de l'environnement des enfants, - accompagnement / récupération des enfants à la crèche ou l'école, - accompagnement aux activités extrascolaires (à pied ou en transports - en commun), - entretien du lieu de vie de l'enfant.
		Sont exclus : les déplacements en voiture et autres transports ne relevant pas des transports en commun, le ménage.
		Garde d'enfant malade au domicile :
		Sont exclus : les soins médicaux.
Soutien scolaire	Enfants et étudiants scolarisés	Soutien scolaire niveau primaire « matières classiques » : du CP au CM2 : - aide aux devoirs, accompagnement dans certaines matières (Français, mathématiques, langues).
		Soutien scolaire niveau secondaire « matières classiques » : 6° à la terminale : - soutien par matière, préparation aux examens. Matières classiques : mathématiques, physique, chimie, biologie, Français, philosophie, histoire, géographie, Anglais, Allemand, Espagnol, Italien, économie, comptabilité, droit.
		Soutien scolaire niveau supérieur « matières classiques » : BAC +1 à BAC +4 : - soutien par matière, préparation aux examens. Matières classiques : mathématiques, physique, chimie, biologie, Français, philosophie, histoire, géographie, Anglais, Allemand, Espagnol, Italien, économie, comptabilité, droit.
		Soutien scolaire matières « hors classiques » sur devis
		Cours de musique et cours de solfège : - Instruments : violon, piano, guitare, flûte à bec, flûte traversière. - Plusieurs niveaux : débutant, intermédiaire, avancé.

Adulte

Services	Public	Description de la prestation
Petit jardinage	Tous	Travaux d'entretien courant du jardin : - taille des haies et des arbres (moins de 2 m), tonte de la pelouse, désherbage, débroussaillage y compris l'enlèvement des déchets...
		Sont exclus : - les travaux « forestiers » (récolte du bois, reboisement...), - le traitement des arbres contre les maladies...
Entretien de la maison	Tous	Travaux d'entretien courant du domicile : - ménage, repassage, vaisselle, entretien du linge...
		Mais aussi sur demande : - préparation des repas, portage de linge au pressing, livraison de courses de proximité et en petites quantités à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de service comprenant un ensemble d'activités réalisées au domicile.
Petit bricolage	Tous	Sont exclus : - le nettoyage des vitres de grande hauteur (au-delà d'une hauteur d'homme), - travaux de type shampouinage des moquettes ou des tapis qui nécessitent un matériel spécifique.
		Travaux dits de petit bricolage réalisables par un « Homme de toutes mains » : - travaux d'installation (monter un meuble en kit, poser une tringle à rideau, décrocher un lustre...), électricité (poser un interrupteur, installer un tableau à fusibles...), serrurerie (poser une poignée, réparer une charnière...).
		Mais aussi des travaux ménagers : - qui ne peuvent être réalisés par une aide-ménagère car exigent des manipulations « lourdes » : installer un lustre, déplacer des meubles, accéder à des zones difficiles.
		Sont exclus : tous les travaux qui exigent l'intervention d'un professionnel/artisan.



Sénior

Services	Public	Description de la prestation
Maison et cadre de vie		
Petit jardinage	Tous	Travaux d'entretien courant du jardin : - taille des haies et des arbres (moins de 2 m), tonte de la pelouse, désherbage, débroussaillage y compris l'enlèvement des déchets... Sont exclus : - les travaux « forestiers » (récolte du bois, reboisement...), - le traitement des arbres contre les maladies...
Entretien de la maison	Tous	Travaux d'entretien courant du domicile : - ménage, repassage, vaisselle, entretien du linge... Mais aussi sur demande : - préparation des repas, portage de linge au pressing, livraison de courses de proximité et en petites quantités à condition que ces prestations soient comprises dans une offre de service comprenant un ensemble d'activités réalisées au domicile. Sont exclus : - le nettoyage des vitres de grande hauteur (au-delà d'une hauteur d'homme), - travaux de type shampouinage des moquettes ou des tapis qui nécessitent un matériel spécifique.
Petit bricolage	Tous	Travaux dits de petit bricolage réalisables par un « Homme de toutes mains » : - travaux d'installation (monter un meuble en kit, poser une tringle à rideau, décrocher un lustre...), électricité (poser un interrupteur, installer un tableau à fusibles...), serrurerie (poser une poignée, réparer une charnière...). Mais aussi des travaux ménagers : - qui ne peuvent être réalisés par une aide-ménagère car exigent des manipulations « lourdes » : installer un lustre, déplacer des meubles, accéder à des zones difficiles. Sont exclus : tous les travaux qui exigent l'intervention d'un professionnel/artisan.
Préparation des repas	Tous	Préparation de repas, réalisation des commissions Cette prestation est réalisée par du personnel de maison en mesure de préparer des repas simples. Les intervenants ne sont pas des cuisiniers ou des chefs à domicile.
Personnes âgées et fragilisées		
Assistance administrative à domicile	Tous	Assistance administrative : - aide au remplissage de documents divers dont formulaires sociaux, - appels téléphoniques pour le compte de la personne, rédaction du courrier, - aide à la gestion des factures, vérification des commandes, tri du courrier, classement des papiers administratifs. Sont exclus : l'assistance juridique, conseil pour indépendants, secrétariat, conseils financiers, conseil fiscal.
Garde-malade adultes	Adultes	Garde à domicile Sont exclus : Les soins médicaux.
Aide à la mobilité	Tous les publics fragiles : handicapés ou âgés	Mise à disposition d'un chauffeur et d'un véhicule adapté au niveau de mobilité du bénéficiaire et de son équipement (fauteuil roulant, béquilles...).

XII. Dispositions générales

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par Allianz sont mises en œuvre par AWP France SAS – société par actions simplifiée 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.

La marque Mondial Assistance est une marque commerciale Allianz utilisée par le groupe Allianz Worldwide Partners dont la société AWP France SAS fait partie.

Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence. Mondial Assistance ne peut en aucun cas s'y substituer.



Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie :

www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/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 présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser le service.

1. Validité territoriale

Les services sont accordés pour les événements garantis survenus en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier **à l'exception des pays non couverts** : Corée du Nord et pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus.

2. Durée de validité

Les services sont accordés exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat et de l'accord liant Allianz et AWP France SAS pour la délivrance de ces services.

3. Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

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

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des

jeux et des concours. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

4. Conditions applicables à l'ensemble des services d'assistance

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.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation...). Ce justificatif sera adressé au médecin de Mondial Assistance qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi le dit justificatif.

Les prestations d'assistance doivent être mises en place dans un délai de 30 jours maximum suivant l'hospitalisation ou pendant l'immobilisation.

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

La prestation « garde au domicile du bénéficiaire de moins de 15 ans » n'est pas ouverte pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée.

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

5. Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de Mondial Assistance, après contact avec le médecin traitant et éventuellement la famille du bénéficiaire.

Seuls, l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.



En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie. Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne.

Mondial Assistance ne saurait être tenue pour responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de prestations « rapatriement ou transport » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le bénéficiaire, ou son représentant légal si le bénéficiaire est mineur, refuse de suivre les décisions prises par le médecin de Mondial Assistance, il décharge expressément Mondial Assistance de toute responsabilité par rapport aux conséquences d'une telle initiative et perd droit à toute prestation de Mondial Assistance.

Les rapatriements ou transports sanitaires, décidés par un médecin de Mondial Assistance, s'effectuent par avion de ligne régulière. Les rapatriements ou transports sanitaires peuvent, à titre exceptionnel, s'effectuer par avion privé spécialement affrété par Mondial Assistance et uniquement sur décision du médecin de Mondial Assistance. Dans ce cas, les rapatriements ou transports sanitaires ne s'effectuent qu'au départ des pays suivants :

France métropolitaine (y compris Corse), Albanie, Allemagne, Andorre, Autriche, Baléares, Belgique, Biélorussie, Bosnie Herzégovine, Bulgarie, Canaries, Chypre, Croatie, Danemark (hors Groenland), Espagne continentale, Finlande, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Macédoine, Madère, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays Baltes, Pays-Bas, Pologne, Portugal continental, République San Marin, Roumanie, Royaume-Uni, Russie (partie européenne), Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie, Tunisie, Turquie, Ukraine, et Vatican.

6. Conditions applicables à la mise en relation et responsabilité dans le cadre du « service d'information et de mise en relation avec des prestataires de services à la personne » accessibles avec l'offre Plus

Si le bénéficiaire établit un contrat avec le prestataire, le coût de la prestation fournie par le prestataire reste à la charge du bénéficiaire, qui

règle directement ces frais, au regard du contrat qui le lie au prestataire. Mondial Assistance met exclusivement en relation un bénéficiaire avec des prestataires agréés de son réseau. Les prestations commandées par le bénéficiaire au prestataire seront exécutées sous la seule responsabilité de ce dernier.

Mondial Assistance n'est pas responsable, à l'égard du bénéficiaire et des tiers :

- de toute faute dans le cadre de la préparation, la mise en place et l'exécution des prestations par le prestataire,
- des dommages tant matériels que corporels causés par le prestataire au bénéficiaire ou à ses biens.

Mondial Assistance ne saurait être tenue pour responsable d'un éventuel fait illicite ou de préjudice de quelque nature que ce soit qu'un bénéficiaire pourrait subir du fait d'un prestataire, ou qu'un prestataire pourrait subir du fait du bénéficiaire. En conséquence, le bénéficiaire renonce à tout recours à l'encontre de Mondial Assistance.

XIII. 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 Mondial Assistance le tiendrait informé.



XIV. Protection des données personnelles

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données le concernant en adressant sa demande à :

AWP France SAS
Service Juridique – DT03
7, rue Dora Maar
CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à gérer les prestations d'assistance de la convention.

Les informations enregistrées sont réservées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.



Pour faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident corporel

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Pour l'assistance, les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident. Par contre, 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.

Acte ambulatoire

Pour l'assistance, il s'agit d'un acte médical ne nécessitant pas d'hospitalisation prolongée, correspondant à un soin médical ayant une durée inférieure à 24 heures.

Adhérent

C'est la personne physique membre de l'Association de Prévoyance Santé nommément désignée au certificat d'adhésion, c'est-à-dire qui signe les différents documents constituant le contrat (demande d'adhésion au contrat collectif à laquelle sont joints la notice d'information, certificats d'adhésion, et avenant éventuels) et qui s'engage à s'acquitter des cotisations dues.

Adhésion à distance

Fourniture d'opération d'assurance auprès d'un adhérent, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, par l'utilisation d'une ou plusieurs techniques de communication à distance (courrier, téléphone, internet). Dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance, ce(s) dernier(s) utilise(nt) exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion de l'adhésion.

Agression

Atteinte corporelle provoquée par un tiers commise dans le cadre d'un crime ou d'un délit ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 2 nuits consécutives. Ne sont pas considérés comme des tiers les membres d'une même famille. Sera seul pris en compte l'événement qui aura fait l'objet de la part de l'assuré ou de son représentant d'un dépôt de plainte non suivi d'un retrait, au plus tard dans les 8 jours qui suivent l'événement, sauf cas de force majeure, auprès d'une autorité de justice.

Année d'assurance

Période comprise entre 2 échéances principales.

Ascendant dépendant à charge

Pour l'assistance, tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous le toit du bénéficiaire et fiscalement à sa charge est considéré comme ascendant dépendant à charge.

Assuré

Toute personne désignée nominativement au contrat d'assurance et bénéficiant d'une ou des garantie(s). Lorsque l'assuré est différent de l'adhérent, l'assuré doit avoir un lien de parenté avec l'adhérent au contrat (en ce sens l'assuré ne peut être que le conjoint, partenaire lié par un PACS, enfant/parent, ascendant/descendant de l'adhérent).

Base de remboursement de la Sécurité sociale

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'Autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Pour connaître les Bases de Remboursement Sécurité sociale des prestations, rendez-vous sur le site www.ameli.fr.

Bénéficiaire

Personne physique bénéficiaire d'une garantie soins Allianz Composio ou Hospitalière.

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Le médecin s'est engagé à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion au contrat d'accès aux soins. L'assurance maladie rembourse sur la base des tarifs applicables au médecin de secteur 1. Les médecins du secteur 1 sont les moins cher car ils appliquent la base de remboursement de la Sécurité sociale ou très proche.

Pour savoir si votre médecin ou tout autre professionnel de santé est adhérent au CAS, il vous suffit de vous diriger vers ameli-direct.ameli.fr/.

A la suite de la Convention Nationale Médicale conclue le 25 août 2016, l'OPTAM et l'OPTAM-Co remplace le CAS (contrat d'accès aux soins).



Contrat responsable

Il répond au dispositif prévu par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale afin que le contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ainsi,

- il respecte les seuils et limites de prise en charge fixées par les textes précités ;
- il ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires autorisés et la majoration de participation du patient en cas de non-respect du parcours de soins ;
- il ne prend pas en charge la participation forfaitaire et les franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret ;
- il vous permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant selon les modalités précisées sur votre/ son attestation.

Cotisation

Montant dû en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services proposés par Allianz.

Date d'effet

Date qui matérialise l'entrée en vigueur de vos garanties.

Délai d'attente

Période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, bien que vous cotisiez. Elle commence à courir à compter de la date d'effet.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAMCO).

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine

Durée de validité

Pour l'assistance, les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz et de l'accord liant Allianz et Mondial Assistance pour la délivrance de ces prestations.

Échéance

Date à laquelle vous devez payer votre cotisation annuelle ou une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Échéance principale

Date de renouvellement de votre contrat, à partir de laquelle votre cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Enfant à charge ou petit-enfant

Pour l'assistance, il s'agit de l'enfant, descendant du bénéficiaire ou de son conjoint de fait, gardé usuellement au domicile du bénéficiaire.

Exclusions de garanties

Situation, risque ou maladie pour lesquels les dépenses de soins ne sont pas couvertes par le contrat.

Force majeure

Événement imprévisible, irrésistible et résultant de circonstances extérieures tant à vous qu'à nous et rendant impossible l'exécution de l'adhésion.

En cas de survenance d'un cas de force majeure, votre adhésion est suspendue jusqu'à disparition, extinction ou cessation du cas de force majeure.

Toutefois, faute de pouvoir reprendre l'exécution de l'adhésion dans un délai de trente (30) jours à compter de la survenance du cas de force majeure, nous nous rapprochons de vous aux fins d'éventuelles modifications contractuelles.

En cas d'échec, l'adhésion est résiliée de plein droit, sans indemnité de part et d'autre, par la partie la plus diligente et par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'autre partie.

Dans l'hypothèse où vous auriez résilié votre adhésion, vous vous engagez à nous régler les cotisations dues à la date de la résiliation, ainsi que les frais éventuellement engendrés par la résiliation.

Forfait journalier hospitalier

Somme journalière restant à votre charge pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 h. Il est pris en charge par votre garantie Soins sans aucune limitation de durée d'hospitalisation dans le cadre de votre contrat Responsable. Son montant est fixé par arrêté. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation. Certains patients en sont dispensés selon l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale : par exemple, les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

Frais d'accompagnement

Frais relatifs aux prestations proposées dans l'établissement hospitalier pour accompagner l'assuré hospitalisé, à savoir les repas, le lit accompagnant, la maison des parents, mais également les frais d'hébergement hors résidence principale, dès lors qu'il y a cohérence avec l'hospitalisation (dates et lieu).

Frais d'hospitalisation

Frais comprenant les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés à l'occasion d'un séjour de 24 h minimum dans un établissement relevant de la loi hospitalière et comportant au moins une nuit.



Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elles ne peuvent pas être prises en charge par votre contrat d'assurance responsable.

Hospitalisation

- Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins privé ou public ou,
 - tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, de rééducation...) dès lors qu'il fait suite à une hospitalisation dans un établissement de soins privé ou public ou,
 - toute hospitalisation à domicile, consécutif à un accident, une maladie ou un accouchement, et prescrit par un médecin.
- Pour l'assistance, Mondial Assistance se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance. Pour les garanties hospitalières **Classic** et **Plus**, l'hospitalisation doit comporter au moins 2 nuits.

Hospitalisation ambulatoire

Il s'agit d'une hospitalisation de journée ou demi-journée durant laquelle une intervention ou un examen a lieu. Son objectif est de fournir une prise en charge satisfaisante du malade, qui sans justifier une hospitalisation complète, nécessite des soins ou des examens ne pouvant être pratiqués en consultation externe. Son activité couvre aussi bien des investigations pour le diagnostic d'une maladie que la pratique de bilans de surveillance, ainsi que des soins médicaux ou même chirurgicaux avec comme condition que cette activité nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation.

Hospitalisation imprévue

Dans le cadre de l'assistance, il s'agit de toute hospitalisation, non ambulatoire, prescrite en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées.

Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin. Pour l'assistance, Mondial Assistance se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Loi Madelin

Dispositif fiscal de l'article 154 bis du Code Général des impôts pour les travailleurs non salariés non agricoles.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée. Sont assimilés à une maladie les grossesses pathologiques, les pathologies vertébrales et notamment les douleurs vertébrales et para-vertébrales qu'elles soient d'origine osseuse, musculaire, nerveuse, tendineuse ou ligamentaire, les ruptures musculaires autres que tendineuses, les lumbagos d'efforts, les tours de reins, quelle qu'en soit l'origine, ainsi que toute pathologie post-traumatique.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine).

Maladie infectieuse : Il s'agit des maladies provoquées par l'action d'un germe pathogène (ou virus). Sont considérées comme maladies infectieuses les maladies saisonnières et aiguës (méningite cérébro-spinale, méningite virale, grippe, zona) et les maladies infantiles (varicelle, coqueluche, variole, oreillons, rougeole, rubéole, scarlatine).

Nouveau-né

Est considéré comme nouveau-né pour les garanties hospitalières, un enfant de moins d'un mois.

OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée), OPTAMCO (option pratique tarifaire maîtrisée de chirurgie et d'obstétrique)

Son objectif est de favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à la modération tarifaire. Elle a pour but de :

- développer l'activité à tarif opposable, c'est-à-dire celui fixé par la Sécurité sociale pour les actes pratiqués par des professionnels de santé (médecins, spécialistes, professions paramédicales),
 - limiter le niveau des dépassements d'honoraires,
 - améliorer le niveau de remboursement de l'assurance maladie,
 - réduire le reste à charge des assurés.
- Les médecins signataires s'engagent à :
- ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires,
 - réduire / stabiliser leur taux de dépassement,
 - développer / stabiliser leur part d'activité à tarif opposable.

A la suite de la Convention Nationale Médicale conclue le 25 août 2016, l'OPTAM et l'OPTAM-Co remplace le CAS (contrat d'accès aux soins).



Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent suivre pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé au mieux. Il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie de plus de 16 ans, et est organisé autour du médecin traitant.

Sont considérées comme étant dans le parcours de soins coordonnés les personnes qui :

- ont déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire ;
- consultent leur médecin traitant ou son remplaçant en première intention ;
- consultent un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de leur médecin traitant ;
- consultent directement un gynécologue, ophtalmologue, psychiatre et stomatologue pour certains actes.

Dans certaines situations telles que l'éloignement géographique et l'urgence, une personne est toujours considérée comme étant dans le parcours de soins même si elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

En dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et dans la plupart des cas, les contrats d'assurance maladie complémentaires ne prennent pas en charge la différence (voir contrat « responsable »).

Soins ambulatoire / soins de ville / soins courants

Soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés.

Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales.

Acte réalisé sans hospitalisation, le patient arrivant et repartant le jour même.

Souscripteur

L'Association de Prévoyance Santé (ADPS), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée à la Préfecture des Hauts-de-Seine sous le numéro W922002348. Siège Social : Tour Neptune – 20 place de Seine – La Défense 1 – CC 1932 – 92400 Courbevoie.

Territorialité

Pour l'assistance :

- Le bénéfice des prestations « assistance en cas de maladie ou d'accident corporel en voyage » est ouvert à l'étranger uniquement (monde entier, hors France métropolitaine).
- Le bénéfice des prestations « assistance en cas de décès en voyage » est ouvert en France et à l'étranger.
- Le bénéfice de l'ensemble des autres prestations des conventions assistance est ouvert uniquement en France métropolitaine.

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant déduction de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise médicale). Ce ticket modérateur est obligatoirement pris en charge dans le cadre des contrats responsables (voir contrat responsable). Le ticket modérateur peut être majoré si vous consultez un professionnel de santé en dehors du parcours de soins coordonnés.

Tiers payant

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance de tout ou partie des frais de santé auprès des prestataires de soins.

Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou complémentaires pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés selon les modalités définies sur l'attestation de tiers payant.

Transport

Dans le cadre des conventions assistance, sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par train 2^e classe ou par avion en classe économique.



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



Allianz Vie

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

Allianz IARD

Société anonyme au capital de 991.967.200 €
542 110 291 RCS Nanterre
Entreprises régies par le Code des assurances
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr



Association de Prévoyance Santé

Association loi du 1^{er} juillet 1901 enregistrée à la Préfecture
des Hauts-de-Seine sous le n° W922002348.
Siège social : Tour Neptune - Case Courrier 1932.
20 place de Seine - La Défense 1 - 92400 Courbevoie.

www.adps-sante.fr



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
www.orias.fr
Dénommée sous sa marque commerciale « Mondial Assistance »

www.mondial-assistance.fr

