



Couverture prévoyance internationale pour contrats collectifs pour le Canada
Entrée en vigueur le 1er septembre 2021

Conditions générales

Bienvenue

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

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

Pour profiter pleinement de la couverture prévoyance pour contrats collectifs de l'entreprise, veuillez lire ce guide conjointement avec le tableau des garanties.

Un niveau de service supérieur	5
Explication de la couverture	8
Garanties Prévoyance	12
Procédure de demande d'indemnité	22
Paiement des primes	28
Gestion de la couverture	29
Conditions générales supplémentaires	32
Protection des données	34
Procédure de traitement des réclamations	35
Définitions	36
Exclusions	40





UN NIVEAU DE SERVICE SUPÉRIEUR

Nous souhaitons vous offrir le service de qualité supérieure que vous méritez.

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

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

Notre service d'assistance multilingue est disponible 24 h/24, 7 j/j7 pour répondre à vos questions concernant la police de l'entreprise ou si vous ou vos employés et leurs ayants droit avez besoin d'aide en cas d'urgence.

Service d'assistance téléphonique



Téléphone : **+353 1 630 1303**

Pour consulter la liste de nos numéros gratuits, rendez-vous sur :

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



Courriel : client.services@allianzworldwidecare.com



Télécopieur : **+353 1 630 1306**

Le saviez-vous ?

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

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

Les couvertures sélectionnées par l'entreprise, et les garanties associées dont les employés assurés bénéficient, sont indiquées dans le tableau des garanties. Ce tableau confirme par ailleurs les garanties faisant l'objet de plafonds ou de délais de carence spécifiques, et il est publié dans la devise indiquée dans le contrat d'entreprise.

Le siège social de l'entreprise doit être situé dans l'une des provinces suivantes du Canada : L'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario ou le Québec.

Pour les résidents du Canada, l'assurance décrite dans ce guide ne sera disponible que dans la mesure où les garanties ne sont pas couvertes par un régime d'assurance-maladie provincial ou gouvernemental canadien. Il est de la responsabilité de chaque affilié de s'assurer que les garanties fournies en vertu du présent guide ne sont pas couvertes par un tel régime d'assurance maladie provincial ou gouvernemental canadien.

Pour plus de détails sur le contrat d'assurance de votre entreprise, veuillez vous adresser à l'administrateur en charge de votre police collective. Les conditions générales de votre affiliation peuvent être modifiées de temps à autre, après accord passé entre votre entreprise et nous. Sur demande, nous fournirons un exemplaire du contrat d'assurance à la personne assurée et tout document écrit qui nous a été fourni lors de la demande de souscription, comme le stipule la loi. Toutefois, nous supprimerons toutes les informations commerciales confidentielles avant de fournir les documents à la personne assurée.



EXPLICATION DE LA COUVERTURE

Les couvertures sélectionnées par l'entreprise sont indiquées dans le tableau des garanties. Il contient les garanties dont bénéficient les assurés et les éventuels plafonds qui s'appliquent. Pour comprendre la manière dont les plafonds de garanties s'appliquent à la couverture de l'entreprise, veuillez consulter la section « Plafonds des garanties » ci-dessous.

Les garanties sont soumises à nos définitions et exclusions (également disponibles dans ce guide).

Que couvrons-nous ?

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



Plafonds des garanties

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

- La **garantie d'assurance** est le montant maximal que nous verserons pour chaque type de couverture d'assurance sélectionné par l'entreprise, comme indiqué dans le tableau des garanties. Ces garanties peuvent être versées mensuellement (Invalidité de courte durée et de longue durée) ou en un paiement unique (Décès, Décès accidentel et Perte de membre accidentelle). Pour les garanties

Invalidité de courte durée et de longue durée, tous les plafonds s'entendent par employé(e) assuré(e), par année d'assurance, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.

- Le **plafond des garanties combinées** est le montant maximal que nous verserons pour l'ensemble des garanties Décès, Décès accidentel et Perte de membre accidentelle. Par exemple, si le montant de la garantie Perte de membre accidentelle est versé, tout montant versé suite au décès (par l'assurance décès) ne peut dépasser le plafond de garantie maximum combiné.
- Le **plafond de l'événement unique** est le montant maximal que nous verserons à l'entreprise pour différents sinistres résultant d'un accident ou d'une catastrophe naturelle (un événement unique).

Qui peut bénéficier de la couverture ?

Les personnes pouvant bénéficier des garanties sont tous les employés de l'entreprise enregistrée au Canada qui :

- N'ont pas encore l'âge limite de la couverture indiqué par le contrat d'entreprise;
- Sont actuellement employés par l'entreprise; et
- N'exercent pas une activité contraire à l'avis de leur médecin.

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

La garantie décès peut être étendue aux ayants droit d'un(e) employé(e) assuré(e), dans la mesure où l'employé(e) assuré(e) bénéficie de la garantie décès en vertu de la couverture de l'entreprise.

Veillez noter qu'une souscription médicale sera nécessaire si la personnes pouvant bénéficier de la couverture souhaite souscrire une couverture au delà de la limite d'acceptation automatique indiquée dans le tableau des garanties.

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

Fin des couvertures

Les couvertures **Décès, Décès accidentel et Perte de membre accidentelle** se terminent lorsque la personne assurée atteint l'âge de 70 ans. Si les couvertures prennent fin avant l'âge de 70 ans, cela sera indiqué dans le contrat d'entreprise. Les couvertures **Invalidité de courte durée et de longue durée** se terminent lorsque l'employé(e) assuré(e) atteint l'âge de 65 ans. Si les couvertures prennent fin avant l'âge de 65 ans, cela sera indiqué dans le contrat d'entreprise.

Désignation des bénéficiaires

Une personne assurée ou la société, au nom de la personne assurée (à la demande de la personne assurée), a la possibilité de désigner les bénéficiaires de la garantie assurée en remplissant et en signant un formulaire de désignation des bénéficiaires. Quand la personne assurée a informé la société des bénéficiaires désignés, la société conservera le formulaire de désignation des bénéficiaires rempli et signé et nous le remettra à notre demande.

Lorsqu'une personne assurée a désigné des bénéficiaires sous une police collective précédente qui prenait en charge certaines ou toutes les personnes assurées sous cette couverture, la désignation continuera de s'appliquer pour les garanties assurées par cette couverture, sauf si la personne assurée a effectué des modifications. Afin que la désignation de bénéficiaires puisse continuer à s'appliquer, l'assurance précédente doit prendre fin dans les 31 jours qui suivent le début de la couverture Allianz Santé.





GARANTIES PRÉVOYANCE

Veillez consulter le tableau des garanties pour connaître la couverture spécifique à l'entreprise.



Décès

En cas de décès de la personne assurée, la garantie Décès assure la protection et la sécurité financières de ses ayants droit. Le montant de la garantie sera versée en une somme forfaitaire. Cela peut soit être un montant fixe, soit être calculée en fonction du salaire annuel brut de l'assuré, à concurrence de la somme maximale convenue. Veuillez consulter le tableau des garanties pour connaître les garanties spécifiques à votre entreprise.

Capital décès anticipé

Lors de l'établissement du diagnostic d'une maladie en phase terminale d'un(e) employé(e) assuré(e) (après la date commencement de la couverture), nous effectuerons le paiement anticipé du capital décès à l'employé(e) assuré(e), comme indiqué dans le tableau des garanties.

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

Si l'employé(e) assuré(e) est toujours en vie après la période de 12 mois, nous nous réservons le droit de réévaluer la situation donnant droit à la garantie du capital décès anticipé. Il se peut également que nous cherchions à obtenir un recouvrement des montants versés s'il est estimé que la situation ne donne plus droit à la garantie.

La garantie du capital décès anticipé est proposée dans le cadre de la garantie décès.

Décès accidentel

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

Si le corps d'une personne assurée n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la date de la disparition, de l'échouement, du naufrage ou de la destruction du moyen de transport qu'elle utilisait au moment de l'accident, il est présumé, sous réserve des autres conditions de la police, que la personne assurée a perdu la vie des suites de blessures corporelles causées par l'accident et couvertes par la police.

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

Les ayants droit de l'assuré ne peuvent pas bénéficier de cette couverture.

Perte de membre accidentelle

La garantie Perte de membre accidentelle fournit une somme forfaitaire à l'employé(e) assuré(e) en cas de perte de la fonction d'un membre à la suite d'un accident dans la mesure où l'infirmité se produit dans un délai de 365 jours suivant l'accident.

Si le paiement de la garantie Perte de membre accidentelle est suivi d'une demande d'indemnisation de la garantie Décès accidentel, nous déduisons du montant de la garantie Décès accidentel le montant de la garantie Perte de membre accidentelle que nous avons déjà versé.



Plusieurs blessures affectant le même membre

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



Blessures ne figurant pas dans le tableau de référence Perte de membre accidentelle

Le tableau de référence Perte de membre accidentelle servira de guide pour évaluer le degré de blessure en le comparant aux éléments y figurant. La somme à payer ne sera en aucun cas inférieure au montant à payer en cas d'évènement ou de blessure comparable figurant dans ce tableau de référence Perte de membre accidentelle.



Faits aggravants

En cas d'aggravation des complications issues d'un accident (à la suite d'une blessure ou d'une maladie sans relation avec l'accident), le degré de blessure déterminé sera pareil à celui d'un organe/membre en bonne santé qui aurait subi cet accident. Les ayants droit de l'assuré ne peuvent pas bénéficier de cette couverture.

Tableau de référence Décès et Perte de membre accidentels

Le montant que nous paierons est un pourcentage de la couverture Perte de membre. Le pourcentage dépend de la perte subie. Le tableau suivant présente les pourcentages que nous utilisons pour établir le paiement.

Le pourcentage le plus élevé est uniquement payé pour les blessures touchant le même membre, causées lors du même accident. La somme versée n'excédera pas 100 % du montant de la garantie si l'accident entraîne plusieurs pertes de membre. Cela n'inclut pas la tétraplégie, la paraplégie et l'hémiplégie pour lesquelles nous paierons jusqu'à 200 %. Pour la tétraplégie, la paraplégie et l'hémiplégie, la somme versée n'excédera pas 200 % du montant de la garantie si l'accident entraîne plusieurs pertes de membre.

Type de perte:	Pourcentage de la somme assurée
Décès	100 %
Une main et un pied	100 %
Une main ou un pied et la vue d'un œil	100 %
Les deux mains ou les deux pieds ou la vue des deux yeux	100 %
La parole et l'audition des deux oreilles	100 %
La vue d'un œil	75 %
L'audition des deux oreilles	75 %
La parole	75 %
Le pouce et l'index de la même main	33,33 %
L'audition d'une oreille	25 %
Quatre doigts de la même main	33,33 %
Tous les orteils du même pied	25 %
Deux mains ou deux pieds	100 %
Deux bras ou deux jambes	100 %
Un bras ou une jambe	75 %
Une main ou un pied	75 %
Tétraplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Hémiplégie	200 %

« Perte » signifie :

- Pour une main ou un pied, une amputation au niveau ou juste au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville.
- Pour un bras ou une jambe, une amputation au niveau ou juste au-dessus de l'articulation du coude ou du genou.
- Pour un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue.
- Pour la parole, la perte totale et irrémédiable de la parole qui ne permet aucune communication audible d'aucune sorte.
- Pour l'audition, la perte totale et irrémédiable de l'audition, ne pouvant être corrigée par un appareil auditif.
- Pour un pouce et un index, une amputation au niveau ou juste au-dessus de la première phalange.
- Pour des doigts, une amputation au niveau ou juste au-dessus de la première phalange des quatre doigts de la même main.
- Pour des orteils, une amputation des deux phalanges de tous les orteils du même pied.

Une « perte », dans le contexte d'une tétraplégie (paralysie des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs), d'une paraplégie (paralysie des deux membres inférieurs) et d'une hémiplégie (paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps), signifie la paralysie complète et irrémédiable de ces membres.

La « perte d'usage » désigne la perte totale et irrémédiable de la mobilité d'un bras, d'une main ou d'une jambe pendant douze mois consécutifs et déterminée comme permanente par la suite, sur la base de preuves satisfaisantes pour l'assureur.



Invalidité de courte durée

La garantie Invalidité de courte durée offre une protection financière aux employés assurés qui ne sont plus en mesure d'effectuer les tâches matérielles et essentielles liées à leur travail habituel à la suite d'un accident ou d'une maladie. Après un délai de carence, cette garantie est versée mensuellement à terme échu pendant la période maximum indiquée dans le tableau des garanties. Le délai de carence applicable est indiqué sur le tableau des garanties.

Les ayants droit de l'assuré ne peuvent pas bénéficier de cette couverture.

Invalidité de longue durée

La garantie invalidité de longue durée offre une sécurité financière aux employés assurés qui ne sont pas du tout en mesure :

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

La garantie est payée mensuellement à terme échu et commence après le délai de carence, ou lorsque la couverture Invalidité de courte durée se termine (si elle a été sélectionnée). La couverture prend fin lorsque l'employé(e) assuré(e) a atteint l'âge de 65 ans. Si les couvertures prennent fin avant l'âge de 70 ans, cela sera indiqué dans le contrat d'entreprise.

L'employé(e) assuré(e) peut quitter son domicile, mais sa maladie ou sa blessure doit faire l'objet d'un suivi médical régulier et personnalisé par un médecin qualifié pendant toute la durée de l'invalidité.

Deux périodes d'invalidité distinctes ayant des causes identiques ou liées et séparées de moins de six mois seront considérées comme une seule et même période d'invalidité. L'employé(e) assuré(e) doit être couvert(e) par la police lorsque l'invalidité totale réapparaît.

Si l'emploi actuel de l'employé(e) assuré(e) change, l'employé(e) assuré(e) est tenu(e) de nous en informer dans les plus brefs délais.

Les ayants droit de l'assuré ne peuvent bénéficier de cette couverture.

Exonération des primes

Si un(e) employé(e) assuré(e) perçoit l'indemnité d'invalidité de longue durée, la prime pour la couverture Prévoyance, Décès accidentel et Perte de membre accidentelle (le cas échéant) sera exonérée. L'employé(e) assuré(e) reste couvert(e) par l'assurance, mais l'entreprise n'est pas tenue de payer la prime pendant la période d'arrêt maladie. L'exonération de la prime s'achève lorsque l'employé(e) assuré(e) cesse de travailler pour l'entreprise.

Comment sont calculées les garanties Invalidité de courte durée/de longue durée ?

Le paiement des garanties Invalidité de court durée/de longue durée est égal au pourcentage du salaire annuel brut de l'employé(e) assuré(e) à la date de l'accident ou du début de la maladie, jusqu'à un

montant de garantie maximal par mois, ou sous la forme d'une somme fixe mensuelle indiquée dans le tableau des garanties. Tout autre revenu reçu par l'employé(e) assuré(e) est déduit du paiement.

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

Veillez noter que le premier paiement et le dernier sont versés au prorata.

La garantie Invalidité de courte durée/de longue durée est-elle versée si l'employé(e) assuré(e) bénéficie d'autres revenus ?

Notre assurance Invalidité de courte durée et de longue durée est conçue pour compléter tout autre revenu que perçoit la personne assurée durant la période de garantie. Cela signifie que le montant des garanties prises en charge par les couvertures Invalidité de courte durée et invalidité de longue durée sera déduit du montant des prestations versées au titre :

1. Du régime de retraite canadien/régime de retraite québécois.
2. D'indemnisation des accidentés du travail.
3. De l'assurance automobile sans égard à la responsabilité.
4. De l'assurance-emploi.
5. Des pensions de retraite.
6. Des pensions d'invalidité au titre de toute autre assurance collective.
7. Du régime québécois d'assurance parentale.
8. Toute pension de retraite ou d'invalidité d'un gouvernement local, provincial, fédéral ou étranger ou toute compensation versée dans le cadre de la loi pour une blessure ou une maladie résultant d'un emploi auprès de l'employeur.

Veillez noter que si le montant total de tout autre revenu dépasse 100 % du salaire annuel brut de l'employé(e) assuré(e) perçu avant l'invalidité, l'assureur ne sera pas tenu de verser les garanties de la couverture d'invalidité de courte durée et de longue durée.

Reprise du travail partielle

Quand un médecin traitant déclare un(e) employé(e) assuré(e) apte à reprendre le travail, sous réserve de notre approbation, mais si, dans un premier temps, la personne assurée n'est pas en mesure de reprendre le travail à plein temps, l'employé(e) assuré(e) peut être autorisé(e) à travailler à temps partiel et recevoir un paiement partiel pendant une période maximale de 3 mois. Toute demande de paiements partiels au-delà de cette période de 3 mois sera adressée à notre directeur médical.

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

Situations donnant droit aux garanties Invalidité de courte durée/de longue durée :

1

L'employé(e) assuré(e) n'a pas été en mesure de travailler pendant le délai de carence pour la garantie en question (mais travaillait activement quand l'évènement ayant donné lieu à la demande d'indemnité s'est produit).

2

La police était en vigueur et le demandeur était un(e) employé(e) assuré(e) à la date à partir de laquelle il/elle n'a plus été en mesure de travailler en raison de l'invalidité ayant donné lieu à la demande d'indemnité.

3

La première date de l'invalidité est antérieure à la date d'atteinte de l'âge limite.

4

L'employé(e) assuré(e) est soigné(e) et traité(e) par un médecin traitant agréé.

5

L'employé(e) assuré(e) n'exerce aucune autre activité rémunérée ou à but lucratif.

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

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

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

Tout paiement de garantie antidaté se limitera à un mois.

Rechute

Une reprise du travail ne fait que suspendre le paiement des garanties. En cas de rechute, le paiement sera rétabli de la même façon qu'auparavant, sans délai de carence (seulement pour la partie non expirée de la période de garantie maximale indiquée dans le tableau des garanties), dans la mesure où la reprise du travail dure moins de 60 jours et où la cause de la nouvelle invalidité constitue une récurrence de la situation à l'origine de la cessation de travail antérieure.



PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNITÉ

Pour les demandes d'indemnité décès et invalidité :

- a) Le contrat d'entreprise indiquera si c'est l'entreprise ou la personne assurée (ou ses représentants) qui a la responsabilité de nous prévenir en cas de demande d'indemnité. Toute demande d'indemnité ainsi que tout document nécessaire disponible doivent être envoyés **dans les 6 mois** qui suivent l'événement à l'origine de la demande. Si l'entreprise ou la personne assurée (ou ses représentants) ne nous informe pas d'un accident dans un délai de six mois après sa survenance, nous ne serons pas tenus de payer une garantie. Cette disposition est valable que l'entreprise ait pris connaissance de l'accident ou non, et que cet accident puisse donner lieu à une demande d'indemnité pendant cette période ou non.
- b) Sauf indication contraire, la personne assurée (ou ses représentants) ou l'entreprise ou l'assureur n'ont aucun droit et aucune obligation à l'égard d'évènements survenant après la date de fin de la couverture d'assurance.
 - la personne assurée (ou ses représentants)
 - l'entreprise
 - l'assureur
- c) Il appartient à la personne assurée (ou ses représentants) et/ou à l'entreprise de garder tous les justificatifs originaux lorsqu'il/elle nous envoie des copies (par ex. reçus de factures médicales). Dans le cadre de nos procédures de prévention des fraudes, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement. Nous recommandons également à l'entreprise de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.
- d) Les garanties autorisées seront payées dans la devise indiquée dans le contrat d'entreprise.
- e) La personne assurée (ou ses représentants) et/ou l'entreprise accepte de nous aider à obtenir toutes les informations nécessaires au traitement d'une demande de remboursement. Nous avons le droit d'accéder à l'ensemble des dossiers médicaux et de nous adresser directement au prestataire de soins ou au médecin traitant. Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, demander qu'un examen de santé soit effectué à nos frais par notre représentant médical. Toutes les informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Nous nous réservons le droit de refuser le paiement si la personne assurée (ou ses représentants) et/ou l'entreprise ne respectent pas ces obligations.



f) Nous nous réservons le droit de réduire le montant de la garantie si le salaire annuel brut de l'employé(e) assuré(e) augmente dans les trois mois précédant une demande d'indemnité, et si l'augmentation :

- n'est pas issue du processus d'évaluation annuelle des salaires, ou
- ne peut être justifiée comme une augmentation nécessaire ou appropriée; ou
- entraîne une augmentation de la somme assurée applicable à l'employé(e) assuré(e) qui excède alors la limite d'acceptation automatique, sans notre évaluation ni acceptation de la situation.

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

g) Lorsque le paiement est versé par l'assureur à l'entreprise, celle-ci sera responsable du versement de toutes les garanties aux bénéficiaires et aux personnes assurées. Il est également de la responsabilité de l'entreprise de remplir les déclarations d'impôts associés à ces garanties. Dès réception du paiement de la garantie par l'entreprise, la responsabilité de l'assureur envers l'entreprise et les employés assurés et/ou les ayants droit cessera.



Procédure de demande d'indemnité

Pour effectuer une demande d'indemnité, les documents suivants doivent nous être envoyés :

	Décès	Décès anticipé	Décès accidentel	Perte de membre accidentelle
Les fiches de paie de la personne assurée pour les 3 mois qui précèdent l'événement.	✓	✓	✓	✓
L'original ou la copie certifiée conforme* d'une pièce d'identité valide de la personne assurée (par ex. passeport en cours de validité, permis de conduire ou carte d'identité).	✓	✓	✓	✓
Un formulaire de demande de paiement du capital décès accidentel dûment rempli.	✓	X	✓	X
Une copie certifiée conforme* de l'acte de décès.	✓	X	✓	X
Un formulaire de demande d'indemnité pour la garantie Décès anticipé.	X	✓	X	X
Une déclaration du médecin dûment remplie en cas de maladie en phase terminale.	X	✓	X	X
Rapport d'accident de la police.	✓	✓	✓	✓
Un formulaire de demande d'indemnité dûment rempli pour la garantie Perte de membre accidentelle.	X	X	X	✓
Une déclaration du médecin dûment remplie en cas de perte de membre ainsi que tout autre document pouvant être jugé nécessaire pour prendre la demande d'indemnité en considération.	X	X	X	✓
Tout autre document pouvant être jugé nécessaire pour prendre la demande d'indemnité en considération.	✓	✓	✓	✓

	Invalidité de courte durée	Invalidité de longue durée
Les fiches de paie de l'employé(e) assuré(e) pour les 3 mois qui précèdent l'absence.	✓	✓
L'original ou la copie certifiée conforme* d'une pièce d'identité valide de l'employé(e) assuré(e) (par ex. passeport en cours de validité, permis de conduire ou carte d'identité)).	✓	✓
Confirmation du statut de résidence fiscale au Canada	✓	✓
Bulletin d'adhésion dûment rempli pour la garantie invalidité	✓	✓
Déclaration de l'employeur dûment remplie en cas d'invalidité	✓	✓
Brève description de la profession de l'employé(e) assuré(e)	✓	✓
Déclaration du médecin dûment remplie en cas d'invalidité	✓	✓
Rapport de police/d'accident (en cas d'accident)	✓	✓
Tout autre document pouvant être jugé nécessaire pour prendre la demande d'indemnité en considération	✓	✓

**Pour être acceptés, les documents certifiés conformes doivent être produits par les personnes/institutions suivantes : Un officier de police, un expert-comptable agréé, un notaire, un avocat, le personnel d'ambassade/consulaire, responsable de banque ou d'institution financière.*

La personne délivrant la certification doit signer, dater et tamponner le document de son cachet officiel.



Quand seront versées les garanties Décès, Décès accidentel et Perte de membre accidentelle ?

En cas de décès, décès accidentel ou perte de membre accidentelle d'une personne assurée, l'entreprise ou la personne assurée (ou ses représentants) doit nous informer de l'évènement par écrit dans un délai de six mois. Toutes les informations indiquées dans le tableau ci-dessus doivent nous être envoyées.

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

Les garanties Décès et Décès accidentel seront versées directement à l'entreprise.

Quand sera versée la garantie Décès anticipé ?

En cas de diagnostic de maladie en phase terminale de l'employé(e) assuré(e), l'entreprise ou la personne assurée (ou ses représentants) doit nous informer de la situation par écrit dès que possible. Toutes les informations indiquées dans le tableau ci-dessus doivent nous être envoyées.

Les garanties seront payées une fois que la demande d'indemnité aura été jugée valide. La garantie Décès anticipé ne dépassera pas la limite de garantie maximale indiquée dans le tableau des garanties. En cas de divergence des preuves ou des opinions médicales, nous déterminerons la légitimité de la situation donnant droit à la garantie Maladie en phase terminale après avoir consulté notre directeur médical.

Si l'employé(e) assuré(e) est toujours en vie après la période de 12 mois, nous nous réservons le droit de réévaluer la situation donnant droit à la garantie et Il se peut que nous cherchions à obtenir un recouvrement des montants versés s'il est estimé que la situation ne donne plus droit à la garantie.

Quand sera versée la garantie Invalidité de courte durée ?

L'entreprise doit nous informer par écrit dès que possible si un(e) employé(e) assuré(e) est en congé de maladie avec certificat pour les raisons suivantes :

- Une période qui dépasse le délai de carence indiqué dans le tableau des garanties ou
- un congé de maladie avec certificat qui dépasse 30 jours

Un formulaire de demande de garantie Invalidité ainsi qu'une déclaration d'invalidité de l'employeur dûment remplis doivent nous être envoyés accompagnés de tous les documents indiqués. Les garanties seront payées une fois que la demande d'indemnité aura été jugée valide.

Quand sera versée la garantie Invalidité de longue durée ?

L'entreprise doit immédiatement nous informer par écrit de toute transition d'un(e) employé(e) assuré(e) en invalidité de longue durée. L'entreprise doit alors nous faire parvenir un formulaire de demande de garantie Invalidité dûment rempli comprenant les documents indiqués dans le tableau ci-dessus.

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

Évaluation de la validité d'une demande d'indemnité

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

Dès que la validité d'une demande d'indemnité est établie, les garanties prévues par cette police seront versées dans la devise indiquée dans le contrat d'entreprise.

Le paiement de toute garantie invalidité fera l'objet et dépendra d'une évaluation de l'expert médical désigné et sera soumis à notre approbation. Dans le cas où l'entreprise ou l'employé(e) assuré(e) contesterait l'évaluation de l'expert médical que nous avons désigné, l'entreprise ou l'employé(e) assuré(e) aura la possibilité de présenter, à ses propres frais, un rapport élaboré par un autre expert médical de son choix, ce rapport devant identifier les éléments contestés. Dans un tel cas, il se peut que nous demandions à l'employé(e) assuré(e) de se soumettre à un examen médical final qui sera conduit par un autre expert médical, à nos propres frais, et dont la décision, qui fera suite aux rapports médicaux antérieurement préparés, sera définitive, en accord avec la clause de résolution des litiges.

Nous pouvons demander à l'employé(e) assuré(e) qui bénéficie des garanties dans le cadre de cette police, d'effectuer, si nécessaire, des examens médicaux. Si l'employé(e) assuré(e) ne réalise pas l'examen médical dans un délai d'un mois à compter de la date de la demande, nous aurons le droit de retarder ou de suspendre le paiement des garanties jusqu'à ce que nous recevions le rapport médical. Le paiement des garanties reprendra lors du versement de l'arriéré, limité à un mois.

Suspension d'une demande d'indemnité d'invalidité

Une demande d'indemnité peut être suspendue dans les circonstances suivantes :



L'employé(e) assuré(e) refuse de participer à un programme de traitement raisonnable et habituel (ou programme de réadaptation) ou refuse toute offre raisonnable de modification des responsabilités proposée par le programme de réadaptation de l'entreprise.



L'employé(e) assuré(e) refuse de suivre une formation pour occuper un emploi adapté si, selon toute vraisemblance, il/elle ne peut reprendre son emploi régulier au cours de la période de garantie stipulée dans le contrat d'entreprise.



Si l'employé(e) assuré(e) est jugé(e) apte, selon les certificats médicaux dont nous disposons (le cas échéant), à reprendre son emploi régulier.

PAIEMENT DES PRIMES

Les primes doivent être payées dans la devise du contrat et conformément aux conditions figurant dans le contrat d'entreprise. L'entreprise sera responsable des paiements suivants :

- La taxe de vente au détail ou
- La taxe de vente du Québec ou
- Les autres prélèvements gouvernementaux dus dans le cadre de la couverture d'entreprise

Le taux des taxes, frais et prélèvements peuvent changer au cours de la couverture d'entreprise. La compagnie peut être responsable de tels changements.

Toute prime à laquelle l'entreprise ou Allianz Santé a droit, à la suite d'une nouvelle inscription ou une résiliation de couverture, doit être versée à Allianz Santé ou remboursée à l'entreprise au prorata.

Les employés peuvent devenir responsable du paiement de taxes s'ils perçoivent des prestations dans le cadre de la couverture d'entreprise. Votre entreprise vous informera si vous êtes responsable du paiement de telles taxes.



GESTION DE LA COUVERTURE

Inscription des personnes pouvant bénéficier des garanties

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

Ajouter un ayant droit

Un(e) employé(e) assuré(e) a la possibilité de demander à inclure tout ayant droit pour bénéficier de la garantie Décès dans la mesure où le contrat d'entreprise le permet. Toute demande afin d'ajouter un ayant droit doit être communiquée à l'entreprise, sauf indication contraire.

Modifications

Nous devons être informés par écrit des ajouts, des modifications et des annulations dans un délai de **quatre semaines** suivant la date à laquelle la personne obtient ou perd le droit correspondant, ou suivant l'évènement donnant lieu à la modification, telle que l'ajout d'un ayant droit. Au-delà de cette date, nous nous réservons le droit :

- d'assurer la personne pouvant bénéficier des garanties ou
- d'annuler l'assurance de l'employé(e) assuré(e), ou
- d'apporter la modification demandée à compter du jour où l'avis est donné.

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

Il ne sera pas possible d'antidater des modifications et des annulations si des demandes d'indemnités ont été traitées. En outre, la date de début applicable aux personnes éligibles ne peut pas être antidatée pour inclure des demandes d'indemnité ou des évènements (pouvant donner lieu à une demande d'indemnité) qui ont déjà eu lieu.

Changement de pays de résidence

Nous devons être informés par l'entreprise de tout changement de pays de résidence de la personne assurée. Ce changement peut avoir des conséquences sur leur couverture ou la prime d'assurance, même si la personne assurée déménage dans un pays situé à l'intérieur de sa zone de couverture. Il est important de noter que dans certains pays, les couvertures sont soumises à des restrictions légales en ce qui concerne l'assurance, notamment pour les résidents de ces pays. Il appartient à l'assuré de veiller à ce que sa couverture collective décès et invalidité soit conforme à la législation et nous leur recommandons de se renseigner auprès d'un conseiller légal indépendant à ce sujet. Il se peut que nous ne soyons plus en mesure de les assurer. Tout changement de pays de résidence doit nous être communiqué par l'entreprise.

Changement d'adresse ou de courriel de la personne assurée

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

Correspondance

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

Renouvellement de votre affiliation

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

Fin de la couverture

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

- À la fin de l'année d'assurance, si le contrat d'entreprise est résilié.
- Si l'entreprise décide de mettre fin à la couverture de la personne assurée ou ne la renouvelle pas.
- Si l'entreprise ne paie pas les primes ou tout autre paiement dû selon les conditions du contrat qu'elle a passé avec nous.
- Quand l'employé(e) assuré(e) cesse de travailler pour l'entreprise.
- Quand l'assuré atteint l'âge limite indiqué dans le contrat d'entreprise.
- En cas de décès de l'assuré.

Nous pouvons mettre fin à la couverture d'une personne assurée s'il existe des preuves raisonnables que la personne concernée nous a induit en erreur ou a tenté de le faire, en nous donnant des informations

fallacieuses ou en ne divulguant pas des informations pertinentes, ou en s'associant à une tierce personne pour nous donner des informations fallacieuses, de manière intentionnelle ou par négligence, qui peuvent influencer notre choix dans les prises de décisions telles que :

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

Maintien de la couverture

Si le contrat collectif est signé au Québec, nous proposerons un maintien de la couverture décès à vos employés. Cela signifie que, pour vos employés, si l'assurance décès prend fin avant l'âge de 65 ans pour d'autres raisons que celle du décès de la personne assurée, et si aucune couverture de substitution n'est disponible, l'employé(e) (et ses ayants droit le cas échéant) sera en droit de bénéficier d'une assurance décès pour particulier, sans souscription médicale. Cette assurance sera soumise aux conditions générales suivantes :

- Le contrat collectif est signé au Québec.
- L'employé(e) assuré(e) doit remplir et envoyer un bulletin d'adhésion et effectuer le premier paiement de la prime dans les 31 jours qui suivent la fin de la couverture collective.
- Le montant minimum que nous assurerons sous cette nouvelle police pour particuliers correspond au montant assuré par la police collective (par ex. si le montant assuré par la police collective est de 400 000 CAD, le montant minimum que nous assurerons sous la nouvelle police pour particuliers sera de 400 000 CAD).

Les primes seront calculées à partir de nos taux de prime existants (sous réserve de tout supplément de prime approprié pour refléter le plafond de garantie choisi), et basées sur l'âge des employés (et leurs ayants droit, le cas échéant) à la date à laquelle ils effectuent leur demande de souscription pour un maintien de la couverture.

CONDITIONS GÉNÉRALES SUPPLÉMENTAIRES

Les conditions supplémentaires importantes qui s'appliquent à la couverture de l'entreprise sont détaillées ci-après :

1. Loi applicable : Votre affiliation est régie par les lois de la province ou du territoire canadien où vous résidez habituellement, sauf disposition contraire prévue par des exigences légales obligatoires. Tout litige ne pouvant être résolu à l'amiable sera réglé par les tribunaux dans cette province.

Toute action ou procédure engagée contre l'assureur visant le recouvrement d'un paiement demandé dans le cadre de ce contrat, sera valable si elle a été initiée dans le délai indiqué dans :

- La Loi sur l'assurance (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta ou de la Colombie-Britannique).
- La Loi sur la prescription des actions, 2002 (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario).
- Le Code civil du Québec (pour les actions ou procédures régies par les lois du Québec).
- Ou toute autre loi applicable.

2. Sanctions économiques : La couverture n'est pas fournie si un élément de la police, des garanties, de l'activité, de l'entreprise ou de l'entreprise sous-jacente est en violation de toute loi répressive ou réglementations des Nations Unies, de l'Union européenne ou de toutes autres lois ou régulations sur les sanctions économiques ou commerciales.

3. Conformité avec la loi : Toute disposition de la police contraire à la loi à laquelle elle est soumise, est, par la présente, considérée comme modifiée pour être conforme.

4. Langue : La langue engageante de votre contrat est l'anglais. En cas de divergence ou de désaccord, la version anglaise des documents de votre police sera considérée comme la seule version valide et engageante. La seule exception est le Québec où la langue engageante est le français.

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

6. Lorsque la couverture est fournie par quelqu'un d'autre : Nous pouvons rejeter une demande de remboursement si l'assuré ou l'un de ses ayants droit peut être indemnisé par :

- la sécurité sociale
- toute autre police d'assurance
- tout autre tiers

Le cas échéant, l'assuré ou ses représentants devront nous en informer et fournir toutes les informations nécessaires. La personne assurée et la tierce partie ne peuvent en aucun cas, sans notre consentement écrit, conclure un accord ou s'opposer à notre droit de recouvrer toute somme due. Dans le cas contraire, nous serons en droit de récupérer les sommes versées et de résilier la couverture.

Nous sommes en droit de réclamer à une tierce partie tout montant que nous avons payé pour une demande de remboursement, si les frais étaient dus ou également couverts par celle-ci. C'est ce qu'on appelle la subrogation. Nous pouvons engager une procédure légale au nom de la personne assurée, à nos frais, pour y parvenir.

Nous n'effectuerons aucun versement à un assureur tiers si ces frais sont couverts, en partie ou en totalité, par cet assureur. Toutefois, si le montant que nous couvrons est supérieur à celui de l'autre assureur, nous paierons le montant que cet assureur ne couvre pas.

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

8. Litiges : En cas de litige dans le cadre de cette couverture d'entreprise, y compris des différences concernant les avis médicaux énoncés suite à un accident, un événement susceptible de donner lieu à un sinistre ou une pathologie médicale, l'entreprise et l'assureur acceptent de recourir au protocole de résolution des litiges (Alternative Dispute Resolution Protocol) comme indiqué dans le contrat d'entreprise.

9. Fraude : Nous ne paierons pas la garantie si :

- La demande de remboursement est fausse, frauduleuse, intentionnellement exagérée.
- Des dispositifs frauduleux ont été utilisés par la personne assurée ou l'un de ses ayants droit ou par quiconque agissant en son nom ou le leur afin de tirer avantage de cette police.

La personne assurée nous serait alors immédiatement redevable de toute somme versée pour cette demande de remboursement avant la découverte de l'acte frauduleux ou de l'omission.

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

- Faciliter son propre rétablissement, notamment en participant à tout programme de traitement (ou programme de réadaptation) raisonnable et habituel, ou en acceptant toute offre raisonnable de modification des responsabilités proposée par l'entreprise.
- Suivre une formation pour occuper un emploi adapté si, selon toute vraisemblance, la personne assurée ne peut reprendre son emploi régulier au cours de la période de garantie stipulée dans le contrat d'entreprise.
- Reprendre son emploi régulier au cours de la période de garantie ou obtenir un emploi adapté.
- Obtenir un autre revenu.

Un programme de traitement raisonnable et habituel est :

- Mis en œuvre et prescrit par un médecin traitant.
- D'une nature et fréquence habituellement requises pour la condition concernée ; et
- Nécessaire à notre avis.

PROTECTION DES DONNÉES

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

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

Vous pouvez également nous appeler pour obtenir un exemplaire papier.

☎ [+353 1 630 1303](tel:+35316301303)

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

@ AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com



PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Contactez en premier lieu notre service d'assistance téléphonique si vous avez des commentaires ou des réclamations. Si nous ne sommes pas en mesure de résoudre le problème par téléphone, veuillez nous écrire à :

☎ +353 1 630 1303

@ client.services@allianzworldwidecare.com

✉ Allianz Partners, 130 Adelaide St. West, Suite 1600, Toronto, Ontario, Canada M5H 3P5.

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

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

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



DÉFINITIONS

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

A

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

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

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

Autres revenus : ceux-ci comprennent :

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

Ayant droit : il s'agit du conjoint ou du(de la) partenaire (y compris partenaire de même sexe) de l'employé(e) assuré(e), et/ou tout enfant à charge non marié (y compris celui du conjoint ou du/de la partenaire, tout enfant adopté ou placé en famille d'accueil) qui dépend financièrement de l'employé(e) assuré(e) jusqu'à son 18^e anniversaire, ou jusqu'à son 24^e anniversaire s'il poursuit des études à temps plein, et qui est également nommé dans la couverture de l'entreprise.

C

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

D

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

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

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

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

E

Emploi actuel : emploi occupé par l'employé(e) assuré(e) au moment du décès (pour les garanties Décès et Décès accidentel), ou au moment de la perte de membre (pour la garantie Perte d'un membre accidentel), ou au moment du congé maladie (pour la garantie Invalidité de courte durée).

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

Employeur/Entreprise/Groupe : il s'agit de l'employeur dont la dénomination sociale est spécifiée dans le contrat d'entreprise.

Époux(se)/Conjoint/Partenaire : Il s'agit de :

- a) la personne à qui vous êtes légalement marié(e), ou

- b) la personne avec qui vous vivez dans le cadre d'une relation conjugale de manière continue depuis au moins 12 mois, ou
- c) votre partenaire dans le cadre d'une union civile telle qu'elle est décrite dans le Code civil du Québec, ou
- d) votre partenaire domestique déclaré(e) en Nouvelle-Écosse, ou
- e) le père ou la mère biologique ou adoptif(ve) d'au moins un de vos enfants.

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

Toutefois,

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

M

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

Médecin généraliste : docteur autorisé à pratiquer la médecine, conformément aux lois de la juridiction dans laquelle les soins sont administrés, dans les limites prévues par la licence qui lui a été accordée.

N

Nous/Notre/Nos : Allianz Santé.

P

Personne assurée : il s'agit de l'employé(e) assuré(e) et de ses ayants droit dont l'entreprise nous a communiqué l'identité et a payé la prime correspondante.

Personnes pouvant bénéficier des garanties : sont tous les employés de l'entreprise enregistrée au Canada et leurs ayants droit, à condition que les employés :

- a) N'aient pas encore l'âge limite de la couverture indiqué dans le contrat d'entreprise ;
- b) Soient actuellement employés par l'entreprise ; et
- c) N'exercent pas une activité contraire à l'avis de leur médecin.

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

Plafond d'acceptation automatique : il s'agit du plafond prédéfini appliqué à la somme maximale pouvant être assurée par personne éligible. Ce plafond est disponible sans souscription médicale. Le plafond d'acceptation automatique figure dans le contrat d'entreprise et peut être modifié chaque année. L'entreprise sera informée par écrit de toute modification de ce plafond.

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

R

Revalorisation des prestations : Il s'agit du pourcentage d'augmentation prédéterminé (comme indiqué dans l'annexe au contrat d'entreprise) pour le montant des garanties payées pour les demandes d'indemnité d'invalidité permanente pour l'année d'assurance, sous réserve des plafonds de garanties indiqués dans le tableau des garanties et des conditions générales figurant dans le contrat d'entreprise.

S

Salaires annuel brut : correspond au montant du salaire annuel avant déduction d'éventuels impôts sur le revenu. Il inclut les commissions et les primes contractuelles gagnées. En revanche, les autres avantages de l'assuré, tels que les véhicules et les logements de fonction, les heures supplémentaires ou les primes discrétionnaires, ne sont pas inclus. Quand un tarif hebdomadaire est indiqué, ce tarif sera multiplié par 52 pour donner le salaire annuel brut, et quand un tarif journalier est indiqué, ce tarif sera multiplié par 5 pour donner un tarif hebdomadaire, puis par 52 pour donner le salaire annuel brut.

Somme assurée : montant maximum que nous paierons en cas de demande de remboursement, conformément au

contrat d'entreprise. La somme assurée est indiquée dans le tableau des garanties.

T

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

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

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





EXCLUSIONS



Les garanties **décès** ne sont pas versées si le décès est la conséquence de l'un des faits suivants :

Participation à une guerre ou à des actes criminels

participation active à une guerre, des émeutes, des désordres civils, des actes terroristes, des actes criminels, des actes illégaux ou à des actes contre une intervention étrangère, que la guerre ait été déclarée ou non.

Maladies causées intentionnellement, blessures auto-infligées ou suicide

Les maladies causées intentionnellement ou blessures auto-infligées, y compris le suicide, pendant l'année suivant la date à laquelle la personne assurée a rejoint la police.

Contamination chimique et radioactivité

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

Risque de guerre

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

L'exclusion « Risque de guerre » ne s'applique pas lorsque voyager est déconseillé uniquement en raison de la COVID-19.

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

Les garanties **Décès accidentel, Perte de membre accidentelle, Invalidité de courte durée ou Invalidité de longue durée** ne seront pas versées si le décès accidentel, la perte de membre accidentelle, l'invalidité de courte durée ou l'invalidité de longue durée est le résultat d'une des exclusions supplémentaires suivantes :

Toxicomanie

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

Vol à bord d'un aéronef

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

Contactez-nous, nous sommes à votre disposition !

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

Service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour les questions d'ordre général

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

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

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


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

 Courriel : client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax : + 353 1 630 1306

 www.allianzcare.com/fr/canada

 www.facebook.com/allianzcare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.linkedin.com/company/allianz-care