

NOTICE D'INFORMATION

Osaly's 100% Santé 3

Complémentaire Santé & Surcomplémentaire



Préambule	p.4
Lexique	p.4
Tableau des garanties	p.6
Article 1 – Objet du contrat	p.10
Article 2 – Modalités d'adhésion au contrat	p.10
2.1. Conditions d'adhésion	
2.2. Règles d'acceptation de l'adhésion	
2.3. Durée et renouvellement de l'adhésion	
Article 3 – Les garanties	p.10
3.1. Début des garanties	
3.2. Modification des garanties	
3.3. Fin des garanties	
3.4. Descriptif des garanties	
3.5. Exclusions et Limitations	
3.6. Territorialité	
Article 4 – Services	p.13
4.1. Télétransmission et tiers-payant	
4.2. Prise en charge	
4.3. Les réseaux de professionnels de santé Itelis	
4.4. Palmarès des hôpitaux	
4.5. Téléconsultation médicale	
4.6. Conseil bien-être	
4.7. Chat prévention médical et social	
Article 5 – Modalités d'obtention des remboursements	p.14
Article 6 – Cotisations	p.15
6.1. Montant des cotisations	
6.2. Évolution des cotisations	
6.3. Modalités de paiement des cotisations	
6.4. Conséquences du défaut de paiement	
6.5. Conditions de déductibilité	
Article 7 – Résiliation de l'adhésion	p.16
Article 8 – Renonciation	p.16
Article 9 – Réclamations	p.17
Article 10 – Dispositions diverses	p.17
10.1. Démarchage téléphonique	
10.2. Expertises - Justificatifs	
10.3. Subrogation	
10.4. Modifications législatives et réglementaires	
10.5. Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	
10.6. Sanctions internationales	
10.7. Prescription	
10.8. Déclarations fausses, erronées ou omises	
10.9. Fraude	
Notice d'information de la surcomplémentaire santé	p.19
Garanties Assistance	p.21

PRÉAMBULE

Le contrat **OSALYS 100% SANTÉ 3** est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par « l'ASAF & AFPS », appelée ci-après « l'Association », dont le siège social se trouve : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT, auprès de AXA France Vie - S.A au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 RCS NANTERRE - Entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social se trouve : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX, appelée ci-après « l'Assureur ».

L'Adhérent adhère à l'Association et bénéficie dudit contrat en signant le bulletin d'adhésion dans les conditions décrites dans la présente notice d'information. Les déclarations des Adhérents servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

L'Association assure les actes de gestion relatifs au contrat et aux adhésions. Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix (après accord préalable de l'Assureur). L'Assureur assure le risque au titre dudit contrat.

Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation, par lettre recommandée par l'une des parties moyennant un préavis de six mois. En cas de résiliation du contrat, l'Assureur s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés conformément à l'Article L.141-6 du Code des assurances.

Le contrat peut être modifié par avenant ; l'Adhérent sera informé par l'Association avant toute modification apportée à ses droits ou obligations dans le respect de l'Article L. 141-4 du Code des assurances.

Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - Secteur Assurance, située 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

LEXIQUE

ACCIDENT

Toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ACTES MÉDICAUX ET CONSULTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS

Sont visés :

- Les actes médicaux ou consultations réalisés pour un assuré de plus de 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie.
- Les actes médicaux ou consultations réalisés et non recommandés par le médecin traitant déclaré par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse maladie.

La majoration de participation et les dépassements d'honoraires autorisés liés au non respect du parcours de soins sont remboursables en partie selon le tableau des garanties et les garanties souscrites.

ADHÉRENT

Personne membre de l'Association et qui adhère au contrat.

ASSURÉS

Personnes sur lesquelles reposent l'assurance, c'est-à-dire l'Adhérent (sauf mention contraire stipulée sur le certificat d'adhésion) et les membres de sa Famille répondant aux conditions pour être assurés.

AYANTS DROIT

Peuvent être assurés au titre du contrat en qualité d'ayants droit : le conjoint, concubin ou le partenaire lié à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS), les enfants sans condition d'âge.

BASE DE REMBOURSEMENT

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Ensemble des garanties assurant la prise en charge pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

CONTRAT NON RESPONSABLE

L'adhésion ne répond pas à tout ou partie des critères du « Contrat Responsable » tel que défini ci-après. Dans ce cas, les garanties du contrat peuvent rembourser tout ou partie :

- des majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins.
- du « reste à charge » sur les dépassements d'honoraires autorisés des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins dans les limites du montant des garanties choisies.

En revanche, elles ne remboursent pas la participation forfaitaire et les franchises médicales.

CONTRAT RESPONSABLE

La Loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie). Dans ce cas, les garanties du contrat prévoient les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions. Le contrat respecte les conditions définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Elles prévoient à cet effet la prise en charge :

- de l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) pour toutes les catégories de soins (y compris les actes de prévention) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière. Par exception, n'est pas obligatoirement pris en charge le ticket modérateur sur les frais des cures thermales et des médicaments remboursés à 15% et 30%, et pour les spécialités et préparations homéopathiques,

- du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé, sans aucune limitation de durée. **N'est pas concerné par cette obligation, le forfait facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD),**

- Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé :

- en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations

mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale,

- en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations

mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale,

- pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance Maladie.

La prise en charge des frais de santé au-delà du ticket modérateur est plafonnée lorsque les honoraires, tarifs et prix de vente sont supérieurs au tarif de prise en charge par l'assurance maladie.

En revanche, un contrat dit « responsable » ne rembourse pas :

- **les dépassements et majorations supportés par l'assuré lorsqu'il n'a pas désigné de médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins,**

- **la participation forfaitaire légale applicable aux consultations et à certains examens médicaux (article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale),**

- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (article L.322-2 III du Code de la Sécurité sociale).**

DELAI D'ATTENTE

Période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas, malgré la prise d'effet de l'adhésion.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉ (DPTAM)

Un dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat proposé par la Sécurité sociale aux médecins leur proposant de limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'un certain nombre d'avantages. Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) sont deux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Le contrat d'accès aux soins a été remplacé par l'Option pratique tarifaire maîtrisée au 1er janvier 2017 par la convention médicale du 25 Août 2016.

ECHEANCE PRINCIPALE

Date de renouvellement de l'adhésion qui est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

FAMILLE

L'Adhérent, ses ayants droit, ses descendants et ses ascendants (au premier degré) ou ceux de son conjoint.

FORCE MAJEURE

Événement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

HOSPITALISATION

Désigne un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Participation forfaitaire légale laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse,
- des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne. La participation forfaitaire n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

RESTE À CHARGE

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

SANCTIONS INTERNATIONALES

Toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un État ou une Organisation Internationale / Supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes (physiques ou morales) et/ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces Sanctions Internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces Sanctions Internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des États et des Organisations Internationales / Supranationales.

SÉJOURS SPÉCIALISÉS

Séjours spécialisés de repos, de rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie), de convalescence, de gériatrie, de neuropsychiatrie, de psychiatrie, de diététique et séjours similaires, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

SURCOMPLÉMENTAIRE

Contrat santé supplémentaire destiné à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

TICKET MODÉRATEUR

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

100% SANTÉ

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. Pour ces prestations identifiées (désignés par « paniers 100% santé » ou « acte prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100% santé.

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers 100% santé.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier 100% santé et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement du panier 100% santé.

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier 100% santé, de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier 100% santé, chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

TABLEAU DES GARANTIES

HOSPITALISATION

HOSPITALISATION	TM	100	125	150	200	250	300
Honoraires des médecins ayant adhéré au DPTAM	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Bonus Fidélité à partir de la 2^{ème} année d'adhésion	-	+25%					
Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM	100%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
Bonus Fidélité à partir de la 2^{ème} année d'adhésion Les honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM restent plafonnés à 200%.	-	+5%	+25%	+25%	+20%	-	-
	Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué (en cas de reprise à la concurrence c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des garanties). Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés.						
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels						
en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels						
Chambre particulière (y compris ambulatoire) non remboursée par le régime obligatoire, limitée à 30 jours/an/bénéficiaire en séjours spécialisés	Non pris en charge	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour
Lit accompagnant , enfant ou adulte, non remboursé par le régime obligatoire (dans la limite de 15 jours/an/bénéficiaire)	Non pris en charge	10 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	25 €/jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
TRANSPORT SANITAIRE							
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%

SOINS COURANTS

	TM	100	125	150	200	250	300
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré au DPTAM n'ayant pas adhéré au DPTAM	100% 100%	100% 100%	125% 105%	150% 130%	200% 180%	250% 200%	300% 200%
	Les consultations en psychiatrie et neuropsychiatrie sont limitées à 8 par an et par bénéficiaire. Au-delà seul le ticket modérateur est pris en charge.						
Analyses et examens de laboratoire : biologie, analyse médicale	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par le régime obligatoire (dans la limite de 12 séances par an – dispositif Mon Soutien psy)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : appareillages ou prothèses (hors lunettes et aides auditives) tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables du régime obligatoire	100%	100%	125%	150%	200%	250%	250%
Cure thermique : soins lors de cures prescrites et remboursés par le régime obligatoire.	Non pris en charge	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecine douce : (ostéopathe, psychologue, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe) non remboursée par le régime obligatoire Médicaments (achetés en pharmacie physique ou en pharmacie en ligne) et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire	Non pris en charge	100 €/an	125 €/an	150 €/an	175 €/an	200 €/an	225 €/an
Bonus Fidélité à partir de la 3^{ème} année		+15 € par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75 €)					
Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) et non remboursés par le régime obligatoire	50 €/an	50 €/an	70 €/an	90 €/an	110 €/an	130 €/an	150 €/an

SOINS À L'ÉTRANGER

	TM	100	125	150	200	250	300
Soins à l'étranger	100%	100%	100%	150%	150%	200%	200%

AIDES AUDITIVES

Équipement 100% Santé Aides auditives 100% Santé (classe I)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Aides auditives à tarifs libres (classe II) Personne de plus de 20 ans Personne de moins de 20 ans ou souffrant de cécité Les forfaits en euros sont par oreille et intègrent les remboursements du régime obligatoire	400 € 1 400 €	400 € 1 400 €	400 € 1 700 €	400 € 1 700 €	500 € 1 700 €	600 € 1 700 €	700 € 1 700 €
	La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Pour les aides auditives à tarifs libres, conformément à la réglementation des contrats responsables, la prise en charge est limitée à 1700 € par oreille (quel que soit l'âge du bénéficiaire). Ce plafond est calculé en tenant compte du remboursement du régime obligatoire.						
Réparation et piles pour appareil auditif	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%

TABLEAU DES GARANTIES - suite

DENTAIRE

	TM	100	125	150	200	250	300
Soins : consultations et soins, inlay-onlay, chirurgie, parodontologie remboursée	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Soins et prothèses 100% Santé Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à la notice d'information pour trouver les références précises à la réglementation)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Autres prothèses (prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres) Elles incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur 2 ^{ème} prémolaires et molaires, certains bridges, certains appareils amovibles, les implants et d'autres prothèses définies comme ayant des tarifs limités ou libres par la réglementation	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Limite annuelle (seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite). 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année 3 ^{ème} année et suivantes					1 200 € 1 800 €	1 500 € 2 000 €	1 800 € 2 300 €
Orthodontie	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire : prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	100 €/an	125 €/an	150 €/an	175 €/an
	Ce forfait ne peut pas être utilisé pour des soins ne figurant pas dans la classification commune des actes médicaux (CCAM).						

OPTIQUE

	TM	100	125	150	200	250	300
Équipement 100% Santé Lunettes 100% santé verres et montures de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Équipement à tarifs libres Forfait lunettes à 2 verres simples classe B Forfait lunettes avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B Les forfaits en euros intègrent les remboursements du régime obligatoire	100% 100%	85 € 210 €	135 € 235 €	185 € 260 €	235 € 310 €	285 € 385 €	335 € 460 €
Équipement panaché Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% santé et équipements à tarifs libres (par exemple monture 100% santé + 1 verre tarif libre + 1 verre tarif 100% santé), les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Si la monture est à tarifs libres, son remboursement ne peut excéder 100 €.	La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans (sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, elle est alors limitée à une paire par an). La modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1 ^{er} équipement. Pour les assurés presbytes ne voulant pas ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Le forfait lunettes inclut le remboursement de la monture et des verres. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 €, même si le forfait dépasse ce montant. Le montant remboursé pour un équipement est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.						
Lentilles	100%	30 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
	Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par le régime obligatoire. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par le régime obligatoire est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.						

EXONÉRATION ET/OU REMBOURSEMENT DE COTISATION

	TM	100	125	150	200	250	300
Si hospitalisation de plus de 9 nuits consécutives suite à un accident (réserve aux assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin »)	garantie						

ASSISTANCE

Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée des prestations. Se reporter aux conditions des garanties Assistance en page 23.

	TM	100	125	150	200	250	300
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 30 heures						
Garde des enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 40 heures						
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 20 heures						
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures						
Garde des animaux pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 230 €						
Soutien pédagogique suite à une immobilisation au domicile	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois						
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24H ou pendant son immobilisation	Par évènement dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours						
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 30 km du domicile						
Retour des assurés	Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, prise en charge du retour au domicile des autres assurés						

RENFORTS

L'adhésion au(x) renfort(s) TNS/Famille ou au(x) renfort(s) Sénior s'applique obligatoirement pour l'ensemble de la famille et peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat. Seuls les niveaux de garantie 100 à 300 peuvent être complétés par un renfort.

L'adhésion au(x) renfort(s) Sénior est réservé aux adhérents ayant au moins 60 ans.

L'adhésion au(x) renfort(s) TNS/Famille est réservé aux adhérents ayant moins de 60 ans.

Les renforts Sénior 1 et 2 sont cumulables. Les renforts TNS/Famille 1 et 2 sont cumulables.



	Renfort TNS/Famille 1	Renfort Sénior 1
Complément chambre particulière (y compris en ambulatoire) Les limitations de durée en séjour spécialisé restent celles des niveaux de garantie	+10 € / jour	+10 € / jour
Confort hospitalier (Wifi, TV, téléphone, frais de transport des visiteurs)	10 €/jour limité à 20 jours/an	10 €/jour limité à 20 jours/an
Forfait naissance ou adoption	100 €	-
Forfait cure thermale	-	+100 €
Médecine douce : (ostéopathe, psychologue, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe) non remboursée par le régime obligatoire	+40 €	+50 €
Médicaments (achetés en pharmacie physique ou en pharmacie en ligne, en France) et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire		
	Renfort TNS/Famille 2	Renfort Sénior 2
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser non remboursée par le régime obligatoire / implants intra oculaires, traitement de la DMLA par compléments en Oméga 3	+400 €	+400 €
Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire : prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie		
Prothèses dentaires à tarifs limités ou à tarifs libres	+50 %	+50 %
Orthodontie remboursée par le RO	+75 %	-
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	-	+200 € par oreille

SURCOMPLEMENTAIRE

Tous les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire Osalys 100% SANTÉ 3 (niveau 100 à 300) de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies à la souscription de la surcomplémentaire (cf. notice d'information page 19) et des frais justifiés réellement engagés.

	\$ 100	\$ 125	\$ 150	\$ 250	\$ 250	\$ 300
Hospitalisation						
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux Ayant adhéré au DPTAM	+100%	+100%	+100%	+100%	+50%	Pas de majoration
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux N'ayant pas adhéré au DPTAM	+100%	+120%	+120%	+120%	+100%	+100%
Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué (en cas de reprise à la concurrence c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des garanties). Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.						
Soins courants						
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes Ayant adhéré au DPTAM	+100%	+100%	+100%	+100%	+50%	Pas de majoration
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes N'ayant pas adhéré au DPTAM	+100%	+120%	+120%	+120%	+100%	+100%
Consultations psychiatrie et neuropsychiatrie limitée à 8 par an et par bénéficiaire. Au-delà, seul le ticket modérateur est pris en charge						

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année civile sauf indication spécifique et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre). Seuls les frais, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties).

Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat. Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

DÉFINITIONS

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et $+6,00$ dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à $6,00$ dioptries

Verres complexes :

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

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à $-8,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $8,00$ dioptries

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir, pour l'Adhérent et sa famille assurée, le remboursement total ou partiel en fonction de la garantie choisie :

- de frais médicaux, chirurgicaux et hospitaliers occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par leur régime obligatoire.
 - des dépenses de soins non prises en charge par le régime obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.
- Ce contrat peut être complété par une surcomplémentaire. Il sera alors dit « Contrat de Base », selon les modalités présentées dans la Notice d'Information relative au contrat surcomplémentaire santé (non responsable) ci-après.

ARTICLE 2 – MODALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

Le contrat est composé du bulletin d'adhésion, du certificat d'adhésion et de la présente notice d'information.

L'adhésion est réalisée au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli, daté et signé par l'Adhérent valant acceptation des statuts de l'Association ainsi que des droits et obligations définis au contrat collectif et repris dans la présente notice d'information qui a été remise préalablement à l'Adhérent.

2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au contrat, sous réserve d'acceptation par l'Association, toute personne :

- ayant moins de 91 ans (par différence de millésime) lors de l'adhésion
- étant affiliée à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale suivant :
 - régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés ;
 - régime Alsace-Moselle ;
 - régime des salariés agricoles et des exploitants agricoles.

Ne sont pas admissibles les personnes ayant déjà une complémentaire santé.

2.2 - RÈGLES D'ACCEPTATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat est soumise à l'acceptation de l'Association après :

- réception du bulletin d'adhésion dûment complété et signé,
- paiement de la première cotisation incluant les droits d'entrée,
- règlement des droits associatifs dont les montants sont précisés à l'article 6.3 de la présente notice d'information.

L'acceptation de l'adhésion se matérialise par l'envoi d'un certificat d'adhésion qui mentionne la date de prise d'effet de la garantie, qui est concomitante à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

2.3 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat et à l'association est effective pour une première période comprise entre sa date d'effet et la date d'échéance principale qui figure sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année, par tacite reconduction, à la date d'échéance principale.

ARTICLE 3 – LES GARANTIES

3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré à compter de la date indiquée sur le certificat d'adhésion à l'Association et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Association.

3.2 MODIFICATION DES GARANTIES

Toute diminution ou augmentation de garantie est soumise à l'acceptation de l'Association et concerne l'Adhérent et, le cas échéant, chaque assuré figurant au contrat.

Ces demandes peuvent être acceptées un an au moins après la date d'effet de l'adhésion. Par la suite, aucune diminution ou augmentation de garantie ne pourra être acceptée avant l'écoulement d'un délai de 12 mois de présence dans la formule précédemment souscrite.

Est considérée comme une hausse de garantie l'ajout d'un renfort dans la même formule, ou un changement de niveau ou de formule vers un niveau ou une formule supérieure (quels que soit les ajouts ou retraits de renforts réalisés simultanément).

Est considérée comme une baisse de garantie le retrait d'un renfort dans la même formule, ou un changement de niveau ou de formule vers un niveau ou une formule inférieure (quels que soit les ajouts ou retraits de renforts réalisés simultanément).

Les nouvelles garanties prennent effet pour chaque assuré à compter de la date indiquée sur le certificat d'avenant à l'Association ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande de modification par l'Association.

L'adhérent peut, à tout moment, demander l'ajout d'un assuré, tant que le contrat détenu est commercialisé par l'Association. Cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'ajout par l'Association. Par exception, pour un nouveau-né, l'Association peut accepter un effet rétroactif à la date de naissance si la demande est réalisée dans les 3 mois qui suivent cette naissance.

Le nouvel assuré doit souscrire la même garantie que l'Adhérent auquel il est rattaché.

L'Adhérent peut demander le retrait d'un assuré à l'échéance principale de son adhésion et à tout moment en cas de décès ou d'adhésion de l'assuré à un contrat collectif obligatoire de son employeur. En cas de décès, le retrait sera effectif à la date du décès. En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, le retrait sera effectif à la date de la demande ou à une date postérieure de son choix.

3.3 - FIN DES GARANTIES

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'adhésion,
- en cas de résiliation de votre adhésion, en application des dispositions prévues à l'article 7 « Résiliation de l'adhésion »,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article 6 « Cotisations ».

La cessation des garanties, pour vous, entraîne la cessation des garanties pour vos ayants droit. Toutefois, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues pour lui et vos enfants.

Dès lors que votre adhésion est acceptée par l'Association, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous respectez les conditions d'adhésion, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.

3.4 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

Le présent contrat d'assurance complémentaire de santé est dit « contrat responsable », conformément aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau des garanties. Ce dernier, qui fait partie intégrante de la présente notice d'information, détaille le montant des remboursements selon le niveau de garantie souscrit. Dans le cadre de la réforme dite 100% santé et en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, les dépenses de santé exposées dans le cadre des équipements 100% santé sont intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction des remboursements des régimes obligatoires.

Sont remboursés uniquement les frais de soins définis au tableau des garanties dont le fait générateur intervient entre la date d'effet et la date de résiliation du contrat.

Est considéré comme fait générateur :

- pour les frais de santé en général : la date des soins qui figure sur le décompte de remboursement de la Sécurité sociale
- pour les garanties liées à l'hospitalisation : la date d'entrée en établissement hospitalier qui figure sur le bulletin d'hospitalisation
- pour les traitements orthodontiques : la date de fin de traitement qui figure sur le décompte de la Sécurité sociale.

Certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes.

3.4.1 – HOSPITALISATION

Honoraires : Les 3 premiers mois d'assurance, le taux de remboursement est limité à 100% sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué (en cas de reprise à la concurrence sans interruption de garantie, c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des garanties). Cela s'applique à l'adhésion du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

Chambre particulière : Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Pour les séjours spécialisés, le remboursement est limité à 30 jours par année civile et par assuré.

Lit accompagnant : Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Le remboursement est limité à 15 jours par année civile et par assuré.

Forfait journalier hospitalier : Remboursement pour toute hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et psychiatrie).

Confort hospitalier (si souscription du renfort TNS/Famille 1 et/ou 2 ou du renfort Sénior 1 et/ou 2) : remboursement pour toute hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et psychiatrie).

Hospitalisation à domicile : Remboursement pour les soins nécessaires au bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

3.4.2 – SOINS COURANTS

Honoraires : Au-delà de 8 consultations en psychiatrie et neuropsychiatrie par an et par bénéficiaire, seul le ticket modérateur est dû.

3.4.3 – OPTIQUE MÉDICALE

- les équipements dans le cadre du 100% santé sont intégralement pris en charge par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'acte en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- les équipements à tarifs libres sont remboursés dans les limites et montants prévus au tableau des garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite fixée pour ce type d'acte en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.
- dans le cas d'un panachage entre équipements 100% santé et équipements à tarifs libres (par exemple une monture 100% santé + 1 verre tarif libre + 1 verre tarif 100% santé), les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé par les équipements 100% santé. Si la monture est à tarifs libres, son remboursement ne peut excéder 100 €.
- la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus. Elle est limitée à une paire par an pour les enfants de 15 ans et moins en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge peut être plus fréquente en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement*.

*La modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1er équipement. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Les conditions de renouvellement de la prise en charge sont fixées par l'article VIII du décret du 13 décembre 2018.

Les lentilles de contact sont des verres correcteurs qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat.

3.4.4 – DENTAIRE

- les prothèses dans le cadre du 100% santé sont prises en charge intégralement par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- les prothèses dans le cadre des équipements tarifs maîtrisés sont prises en charge dans les limites et montants prévus au tableau des garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- **le plafond dentaire annuel s'applique uniquement sur les paniers honoraires modérés et libres et ne s'applique pas sur les soins et prothèses 100% Santé.**
- En orthodontie, le paiement est toujours effectué à la fin du traitement, qu'il y ait eu ou non remboursement du Régime obligatoire.

3.4.5 – AIDES AUDITIVES

- les aides auditives dans le cadre du 100% santé sont intégralement prises en charge par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixée pour ce type d'acte en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- les aides auditives à tarifs libres sont remboursées dans les limites et montants prévus au tableau des garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite fixée pour ce type d'actes en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- la prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans, conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

3.4.6 – DIVERS

Exonération (ou remboursement) de la cotisation (réservée aux Assurés non bénéficiaires de la « Loi Madelin ») : L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu en cas d'hospitalisation de l'Adhérent ou de l'un des membres de sa Famille assuré au contrat, pour une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives (c'est la date d'entrée de l'hospitalisation qui est retenue pour l'année civile). Cette hospitalisation doit être la conséquence directe d'un accident et débuter dans un délai de 90 jours à dater dudit événement.

Naissance - Adoption (si souscription d'un renfort) : le versement de l'indemnité forfaitaire (doublement en cas de naissance gémellaire) est subordonné à l'inscription de chacun des enfants dans les 3 mois qui suivent la naissance (ou adoption).

3.4.7 – RENFORTS

L'adhésion au(x) renfort(s) TNS/Famille 1 et/ou TNS/Famille 2 ou au(x) renfort(s) Sénior 1 et/ou Sénior 2 s'applique obligatoirement pour l'ensemble de la famille et peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2). Elle permet d'améliorer le niveau de remboursement de certaines prestations prévues dans le niveau de garantie souscrit et définies en annexe du tableau des garanties.

« Renforts TNS/Famille 1 et 2 » : L'adhésion au renfort TNS/Famille 1 et/ou au renfort TNS/Famille 2 peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2).

L'adhésion au(x) renfort(s) TNS/Famille est réservé aux adhérents ayant moins de 60 ans.

Le renfort 1 permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau souscrit pour :

- la chambre particulière ;
- le forfait pour la médecine douce, les médicaments et vaccins prescrits et non remboursés par le régime obligatoire.

Il prévoit également :

- des prestations relatives au confort hospitalier ;
- un forfait naissance.

Le renfort 2 permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau souscrit pour :

- l'opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser non remboursée par le régime obligatoire, les implants intra oculaires, le traitement de la DMLA par compléments en oméga 3 ;
- les prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire ;
- les prothèses dentaires à tarifs limités ou à tarifs libres ;
- l'orthodontie remboursée par le régime obligatoire.

Le renfort TNS/Famille 1 et le renfort TNS/Famille 2 sont cumulables.

« Renforts Sénior 1 et 2 » : L'adhésion au renfort Sénior 1 et/ou au renfort Sénior 2 peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2).

L'adhésion au(x) renfort(s) Sénior est réservé aux adhérents ayant au moins 60 ans.

Le renfort 1 permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau souscrit pour :

- la chambre particulière ;
- le forfait pour la médecine douce, les médicaments et vaccins prescrits et non remboursés par le régime obligatoire.

Il prévoit également :

- des prestations relatives au confort hospitalier ;
- un forfait cure thermale.

Le renfort 2 permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau souscrit pour :

- l'opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser non remboursée par le régime obligatoire, les implants intra oculaires, le traitement de la DMLA par compléments en oméga 3 ;
- les prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire ;
- les prothèses dentaires à tarifs limités ou à tarifs libres ;
- les aides auditives à tarifs libres (classe II).

Le renfort Sénior 1 et le renfort Sénior 2 sont cumulables.

3.5 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

3.5.1 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus de tout remboursement :

- les soins antérieurs à la date d'effet de l'adhésion ;
- les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale ;
- les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre régime obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires) ;
- la participation forfaitaire et les franchises sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire.
- les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels ;
- les dépassements des plafonds des prix limites de vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels ;
- les soins et les prestations associés à une Discipline Médico Tarifaire (DMT) relative à une hospitalisation de longue durée (par exemple : 176 « Long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie ») dès le premier jour ;
- les soins et les prestations relatifs à une hospitalisation de plus d'1 an en continu ou discontinu pour la même pathologie ;
- les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Par ailleurs, dans le cadre de la prescription, nous ne prenons pas en charge les soins antérieurs de 2 ans à la date de leur demande de prise en charge.

3.5.2 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES

Est également exclu :

- la garantie « exonération de la cotisation » pour les assurés bénéficiaires de la « loi Madelin ».

3.5.3. LIMITATIONS

La règle générale est que le régime obligatoire n'intervient pas en cas de chirurgie esthétique. Lorsque par exception il intervient, notre prise en charge est limitée au ticket modérateur en cas d'opération :

- du sein si elle n'est pas consécutive à un accident, à une pathologie dégénérative ou à une réduction mammaire importante ;
- du nez si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée ;
- d'abdominoplastie si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une perte de poids documentée ayant provoqué une baisse d'IMC de plus de 10 points ;
- de toute autre partie du corps, si l'opération n'est pas consécutive à un accident ou à une maladie.

Notre prise en charge est limitée au ticket modérateur si vous ne nous fournissez pas toutes les pièces permettant à notre médecin conseil d'évaluer ces opérations.

Cette limitation s'applique pour les actes en ville ou à l'hôpital.

Comme pour les autres prestations, nous ne prenons pas en charge la chirurgie esthétique non remboursée par votre régime obligatoire.

3.6 - TERRITORIALITÉ

Les Frais de santé engagés dans le cadre de soins dispensés à l'étranger peuvent être pris en charge dès lors qu'ils interviennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et effectuées en euros, selon les garanties prévues au contrat. En tout état de cause, le remboursement ne pourra être inférieur aux conditions de prise en charge minimales et répondra aux exclusions liées au cahier des charges du « contrat responsable ». Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en France.

ARTICLE 4 – SERVICES

4.1 - TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS-PAYANT

Condition à respecter pour les deux services ci-dessous : adresser à l'Association, en qualité de gestionnaire, la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille.

4.1.1 - TÉLÉTRANSMISSION AVEC LES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Les décomptes de remboursement des Assurés peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Association directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Assuré à l'Association. Dans ce cas, la mention du type

« ...transmis par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire » doit figurer sur votre décompte. L'Assuré peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Association, mettre fin à ces transmissions.

4.1.2 - TIERS-PAYANT SANTÉ

Il permet à l'Assuré de ne pas faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Il fonctionne sur simple présentation de l'Attestation de Tiers Payant Santé (ATPS) et il permet de bénéficier, dans le cadre d'un contrat responsable, d'une prise en charge immédiate équivalente, au minimum, au ticket modérateur. Pour en bénéficier, les dépenses de santé doivent être concernées par le tiers payant, le professionnel de santé doit accepter également le tiers payant avec le régime obligatoire et la garantie doit au moins prévoir le ticket modérateur (hors pharmacie si mention particulière sur l'ATPS). L'assuré bénéficie également du tiers payant pour la prise en charge des consultations auprès de psychologues dans le cadre du dispositif Mon soutien psy.

4.2 - PRISE EN CHARGE

L'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Association, en qualité de gestionnaire, sur sa demande ou sur celle du professionnel concerné dans les limites prévues au tableau des garanties, pour l'ensemble des postes suivants :

- Hospitalisation : frais de séjour dans la limite de 100 % de la base de remboursement, forfait journalier hospitalier, chambre particulière et lit accompagnant (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée).
- Dentaire : orthodontie, prothèses, implants et parodontologie.
- Optique : verres, montures et lentilles acceptées par le régime obligatoire, ainsi que l'opération au laser, le traitement DMLA et les implants intraoculaires multifocaux s'ils sont prévus dans le tableau des garanties.
- Matériel médical : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

4.3 – LES RESEAUX DE PROFESSIONNELS DE SANTE ITELIS

Les réseaux de professionnels de santé Itelis permettent d'accéder à des soins de qualité à tarif négocié : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive, médecine douce.

Pour profiter des avantages des réseaux Itelis : localiser le partenaire le plus proche depuis l'Espace Adhérent via le service de géolocalisation.

4.4 - PALMARES DES HOPITAUX

Des conseils pratiques pour préparer au mieux une hospitalisation ou celle d'un proche. La possibilité :

- d'accéder à un palmarès des hôpitaux en ligne, pour trouver l'hôpital adapté,
- d'évaluer les dépassements d'honoraire du chirurgien,
- de bénéficier de conseils pratiques pour préparer son hospitalisation.

4.5 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

La téléconsultation est une consultation médicale à distance assurée par un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins. L'entretien est protégé par le secret médical. La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences. Elle est prise en charge au titre du poste honoraires médicaux.

4.6 – CONSEIL BIEN-ETRE

Un programme de prévention santé pour préserver sa forme et prendre soin de soi quotidien grâce à un programme de coaching, des défis, des conseils nutrition et bien-être.

4.7 - CHAT PREVENTION, MEDICAL ET SOCIAL

Une équipe pluridisciplinaire répond à toutes vos interrogations (prévention, médicales, sociales) pour vous et vos proches.

Echangez directement avec nos experts via le chat accessible depuis votre Espace Client et Angel.fr.

Les données sont protégées par le secret médical.

ARTICLE 5 – MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS

Pour obtenir le paiement des prestations, l'Assuré doit faire parvenir à l'Association les pièces justificatives relatives à sa demande lorsqu'elles sont nécessaires au règlement des prestations. L'original du justificatif reste obligatoire :

- Pour toute suspicion de fraude,
- Et dans tous les cas où l'instruction du dossier le nécessite pour apprécier le droit à la garantie (factures, etc.).

Pièces justificatives pour les prestations prises en charge par le Régime Obligatoire

LES PRESTATIONS	RAPPEL DES PIÈCES CONSTITUTIVES
Médecine courante	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Acte de prévention	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Frais de transport	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Pharmacie	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Dentaire	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant Pour les prothèses, la facture doit détailler tous les actes et le numéro des dents soignées.
Orthodontie	Décompte de la Sécurité sociale. Facture détaillée et acquittée présentant le nom, l'adresse du praticien ou de l'établissement, son numéro ADELI, RPPS ou FINESS, son cachet professionnel et sa signature.
Optique - lunettes	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant Dans le cas du renouvellement de l'équipement en cas d'évolution de la vue : Facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre (à défaut l'ordonnance).
Auditif	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)	Décompte de la Sécurité sociale, et la facture le cas échéant
Hospitalisation	Selon la facturation dont relève l'établissement Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire La facture L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement Les notes de dépassement d'honoraires
Cures thermales	Décompte de la Sécurité sociale Facture

Pièces justificatives pour les actes non remboursés par le Régime Obligatoire

LES PRESTATIONS	RAPPEL DES PIÈCES CONSTITUTIVES
Chambre Particulière, frais d'accompagnant et confort hospitalier	Facture ou bordereau
Prévention - Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin - Pharmacie non remboursée - Médecine douce - Sevrage tabagique	Prescription médicale et facture Prescription médicale et facture Facture mentionnant le numéro Adeli, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien (ou le numéro SIRET s'il s'agit d'une profession sans n° ADELI) Prescription médicale et facture
Prothèses dentaires	Facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées.
Actes de parodontologie	Facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées.
Implants dentaires	Facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées
Optique - Lentilles non prises en charge par le RO - Chirurgie réfractive - Traitement DMLA - Implant oculaire multifocal	La prescription médicale et la facture
Exonération (ou remboursement) de la cotisation (suite à un accident ayant entraîné une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives)	- Une demande d'exonération sur papier libre - Un bulletin de situation de l'établissement hospitalier avec date d'entrée et de sortie - Un certificat médical de constatation d'accident précisant : la date de l'accident ayant entraîné l'hospitalisation, l'historique et la cause initiale de cet accident, ainsi que la mention « causé par un tiers » si tel est le cas
Indemnité naissance ou adoption	Un acte de naissance (ou d'adoption) ou une copie du livret de famille

Les justificatifs susvisés sont à adresser à :

ASAF & AFPS - Service Prestations - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX
ou via l'espace Adhérent sur asaf-afps.fr

ARTICLE 6 – COTISATIONS

6.1 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est mentionné sur le bulletin d'adhésion. Il est déterminé en fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- du renfort (s'il a été choisi),
- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- du régime obligatoire ;
- du lieu de résidence,
- de la composition familiale.

6.2 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent évoluer :

- à la date d'échéance principale du contrat suite à la modification du contrat d'assurance convenue entre l'Assureur et l'Association :
 - selon l'âge de chaque Assuré, à compter du 1er janvier de l'année du 21ème anniversaire, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet du contrat et l'année de naissance. Au renouvellement annuel, correspondant à la date de l'échéance principale du contrat, l'âge pris en compte est l'âge au 1er janvier de l'année de renouvellement.
 - suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
 - suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garanties ou sur un groupe d'Adhérents. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.
- à la date d'échéance principale du contrat ou éventuellement en cours d'année : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

6.3 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement au siège de l'Association, en tant que gestionnaire, avec une faculté de règlement fractionné mensuel, trimestriel ou semestriel (les droits associatifs de 0,30€ par assuré de moins de 21 ans et 1,50€ par assuré de 21 ans et plus sont à ajouter au tarif mensuel). En cas d'adhésion en cours de période, la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

En cas de prélèvement bancaire, l'établissement bancaire doit être inscrit dans un pays de l'Espace économique européen. En cas de paiement par chèque, celui-ci doit être tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

6.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de paiement tardif et/ou partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge de l'Adhérent. Si la cotisation ou une partie de celle-ci n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Association peut (indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice) :

- adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure,
- **suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette mise en demeure restée sans effet,**
- **résilier l'adhésion au contrat et à l'Association 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours** (Article L. 113-3 du Code des assurances). La suspension ou la résiliation de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Association. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge de l'Adhérent.

6.5 - CONDITIONS DE DÉDUCTIBILITÉ

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente notice d'information par les travailleurs non salariés non agricoles, peuvent bénéficier des dispositions fiscales de la Loi n° 94-0126 du 11/02/94 sous réserve de respecter les conditions prévues par la réglementation et notamment vous devez :

- Relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code général des impôts ;
- Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- Être à jour du paiement de vos cotisations au titre des Régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse auxquels vous êtes affilié.

Vous pouvez déduire de votre revenu imposable les cotisations versées au titre de votre contrat santé dans la limite des plafonds visés par l'article 154 bis du Code général des Impôts.

Il vous appartient de vérifier que vous pouvez bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis du Code général des impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur, y compris pour vos ayants droits affiliés au régime d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés non agricoles.

En cas de déclaration inexacte ou de non-respect de cette obligation, votre adhésion est entachée de nullité et les peines sanctionnant cette infraction sont encourues (articles L 652-4 et R 652-1 du Code de la Sécurité Sociale).

ARTICLE 7 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat et à l'Association :

- A la date d'échéance principale du contrat par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant cette date d'échéance. La date d'expédition de la notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- À tout moment au terme de la première année d'assurance sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet à la date que vous souhaitez, et au plus tôt 30 jours après réception par nos services de la notification de résiliation.
- Suite à un changement de situation qui justifie une modification de votre garantie. La demande de résiliation doit nous être adressée, avec justificatif, dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. La résiliation prend effet un mois après la réception de la notification de résiliation.
- En cas de modification du contrat, telle qu'une hausse de la cotisation, à l'initiative de l'assureur (sauf si elle résulte d'une modification législative ou réglementaire), ou de la portée des engagements de l'Association. La résiliation doit nous être adressée dans un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'Adhérent a été informé de la modification. La résiliation prend effet un mois après l'envoi de la notification de résiliation.
- En cas de décès de l'Adhérent (sur présentation du certificat de décès). En présence d'ayants droit, avec l'accord de l'Association, les droits et obligations de l'adhérent décédé peuvent être transférés à l'un d'entre eux par voie d'avenant. La désignation d'un nouvel Adhérent doit s'effectuer avant la prochaine échéance du contrat.

Dans tous les cas, l'Adhérent a la possibilité de nous notifier sa résiliation par tout moyen comme prévu par l'article L113-14 du code des assurances et notamment :

- Par lettre simple, recommandée au format papier ou électronique
- Par voie électronique et notamment par le biais de son espace adhérent en se connectant sur asaf-afps.fr

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée à l'Adhérent précisant la date de prise d'effet de la résiliation. L'Adhérent n'est redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop perçu, le solde sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues au paragraphe « cotisations ».

Si l'Adhérent a confié les formalités de résiliation à son nouvel assureur en vue de souscrire auprès de lui un nouveau contrat, les garanties du contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

ARTICLE 8 – RENONCIATION

En cas d'adhésion par voie de démarchage : les dispositions suivantes issues de l'article L112-9 du Code des assurances s'appliquent :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalité ».

L'Adhérent peut donc renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat (soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion) : à condition de ne pas avoir eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

En cas d'adhésion à distance : selon l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, **l'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit la notice d'information et les informations conformément à l'article L.222-6 du Code de la**

consommation si cette date est postérieure à la date de réception du certificat d'adhésion.

Dès lors que des prestations ont été versées au titre de l'adhésion au contrat, le droit à renonciation ne peut plus être exercé.

Dans tous les cas, l'exercice de ce droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion, mettant fin à l'ensemble des garanties, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation, à condition qu'aucune prestation n'ait déjà été versée au titre dudit contrat. Les cotisations déjà versées sont remboursées au prorata de la période de garantie déjà écoulée, dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

Pour renoncer à son adhésion, l'Adhérent notifie sa volonté par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à : ASAF & AFPS - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT- SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX avant l'expiration du délai de 14 jours indiqué ci-dessus.

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre inclus ci-dessous :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion Osalys 100% SANTÉ 3 n° _____ conclue auprès du cabinet _____ en date du ____/____/____
Fait à _____ le ____/____/____ Signature de l'Adhérent ».

ARTICLE 9 – RÉCLAMATIONS

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible au service de la Médiation de l'Assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre Service Client ASAF & AFPS habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers) ou, à tout moment, au Service en charge du traitement des réclamations en fonction de la nature du litige :

Pour les garanties d'assurance :

- en ligne depuis votre Espace Adhérent ASAF & AFPS (www.asaf-afps.fr)
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
ASAF & AFPS - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

Pour les garanties d'assistance :

En ce qui concerne la souscription et la gestion du contrat :

- en ligne depuis votre Espace Adhérent ASAF & AFPS (www.asaf-afps.fr)
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
ASAF & AFPS - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

En ce qui concerne la gestion des sinistres :

- via le formulaire de contact sur www.axa-assistance.fr/contact
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
AXA Partners - Service Gestion Relation Clientèle - 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix (10) jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante (60) jours.

LA SAISINE DU MEDiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :

- soit à réception de notre réponse argumentée si elle ne vous donne pas satisfaction,
- soit, en l'absence de réponse de notre part, deux mois après votre première réclamation écrite,
- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- Par voie électronique, en déposant votre dossier sur le site mediation-assurance.org
- Ou par courrier, à l'adresse suivante :

Le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et l'Association, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

ARTICLE 10 - DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 - DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, consultez le site www.bloctel.gouv.fr.

10.2 - EXPERTISES – JUSTIFICATIFS

À tout moment, l'Association peut vous demander, à l'attention de son Médecin conseil, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens afin d'apprécier votre situation vis-à-vis des garanties prévues au contrat.

Les décisions prises en fonction des conclusions du Médecin conseil, vous sont notifiées par courrier recommandé et s'imposent à vous si vous n'en avez pas contesté le bien fondé, par lettre recommandée, dans les 2 mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée. Elles peuvent conduire l'Association à cesser, à refuser ou à réduire le versement des prestations.

En cas de désaccord, chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces deux médecins, ceux-ci s'adjoindront par voie amiable ou judiciaire, un troisième pour les départager.

Les honoraires et les frais relatifs à l'intervention de chacun des deux premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné. Ceux concernant le troisième médecin sont supportés par moitié par les deux parties.

10.3 - SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, la déclaration doit en être faite à l'Association. Après remboursement des frais de santé dans les conditions prévues au tableau des garanties, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré.

10.4 - MODIFICATIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

Lorsque la loi ou la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de ses engagements, l'Association est susceptible de modifier les modalités de votre adhésion pour l'adapter à la nouvelle situation et ce dès l'application de cette nouvelle réglementation ou au plus tard, dès la prochaine échéance principale qui suit cette application.

10.5 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

En notre qualité d'intermédiaire d'assurance, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance Adhérent qui vous sont relatifs ainsi que le cas échéant ceux concernant les assurés et bénéficiaires. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit des assurés et/ou bénéficiaires.

Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

10.6 – SANCTIONS INTERNATIONALES

10.6.1 Conséquences pour l'assureur

Dans l'exercice de ses activités, l'assureur est soumis de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne et le pays dans lequel l'assureur a son siège social, y compris dans le domaine des Sanctions Internationales qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque et/ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par l'assureur d'autres Sanctions Internationales peut exposer ce dernier, ses employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, l'assureur doit également veiller à la conformité de ses activités avec les Sanctions Internationales édictées par les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de la société mère du groupe de l'assureur.

10.6.2 Effets sur l'exécution du contrat

10.6.2.1. Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales visées au paragraphe « Conséquences pour l'Assureur » ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'assureur de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'assureur. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

10.6.2.2. Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales visées au paragraphe « Conséquences pour l'Assureur » ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de prime. Toute somme contractuellement due par l'assureur et dont le paiement aurait été reporté du fait des Sanctions Internationales redeviendra exigible à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'assureur. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

L'assureur devra vous informer, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs Sanctions Internationales.

10.7 - PRESCRIPTION

Conformément à l'Article L. 114-1 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Conformément à l'Article L. 114-2 du Code des assurances, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui 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 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 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 2243 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 2244 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 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'Article L.114-3 du Code des assurances, « par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

10.8 – DECLARATIONS FAUSSES, ERRONEES OU OMISES

L'adhésion est établie sur la base de vos déclarations, de vos réponses aux questions qui vous ont été posées notamment dans le bulletin d'adhésion que vous devez signer.

Vous devez à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant votre identité, votre date de naissance, votre régime d'assurance maladie obligatoire, votre adresse de résidence principale et votre qualité de résident fiscal français.

En cours de contrat, vous avez obligation de nous déclarer toutes les circonstances nouvelles, à l'exception des modifications de l'état de santé des assurés, qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'adhésion de votre contrat.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle permet d'opposer la nullité du contrat quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur (article L113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle constatée après sinistre entraîne une réduction proportionnelle d'indemnisation.

10.9 – FRAUDE

Dans l'hypothèse où l'Association démontrerait une fraude commise par l'Adhérent ou les assurés couverts par le présent contrat, l'Association se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations de santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

NOTICE D'INFORMATION DE LA SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ (CONTRAT NON RESPONSABLE)

■ TABLEAU DES GARANTIES

SURCOMPLÉMENTAIRE

	\$ 100	\$ 125	\$ 150	\$ 250	\$ 250	\$ 300
Hospitalisation						
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux Ayant adhéré au DPTAM	+100%	+100%	+100%	+100%	+50%	Pas de majoration
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux N'ayant pas adhéré au DPTAM	+100%	+120%	+120%	+120%	+100%	+100%
Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué (en cas de reprise à la concurrence c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des garanties). Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.						
Soins courants						
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes Ayant adhéré au DPTAM	+100%	+100%	+100%	+100%	+50%	Pas de majoration
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes N'ayant pas adhéré au DPTAM	+100%	+120%	+120%	+120%	+100%	+100%
Consultations psychiatrie et neuropsychiatrie limitée à 8 par an et par bénéficiaire. Au-delà, seul le ticket modérateur est pris en charge						

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat Osalys 100% SANTÉ 3 surcomplémentaire vient en complément du Contrat de Base Osalys 100% SANTÉ 3, niveau 100 à 300, dont il est indissociable. Il a pour objet de garantir, pour l'Adhérent et sa famille assurée, un complément de remboursement pour les prestations et soins tels que définis dans le tableau des garanties ci-dessus.

ARTICLE 2 – MODALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion est réalisée au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli, daté et signé par l'Adhérent valant acceptation des statuts de l'Association ainsi que des droits et obligations définis au contrat collectif et repris dans la présente notice d'information, qui a été remise préalablement à l'Adhérent.

2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion à la Surcomplémentaire est exclusivement réservée aux personnes adhérentes au contrat Osalys 100% SANTÉ 3,

- ayant moins de 91 ans (par différence de millésime) lors de l'adhésion ;
- ayant fait parvenir à l'Association un bulletin d'adhésion dûment complété et signé mentionnant chaque membre de la famille inscrit (les personnes assurées au titre de la Surcomplémentaire sont identiques à celles assurées au titre du contrat Osalys 100% SANTÉ 3 Complémentaire),
- ayant réglé la 1^{ère} cotisation.

L'adhésion à la surcomplémentaire prend effet au plus tôt à la date d'effet de l'adhésion au Contrat de Base.

2.2 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

La première période d'assurance est comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'échéance principale qui figure sur le certificat d'adhésion. L'adhésion se renouvelle ensuite chaque année, par tacite reconduction, à la date d'échéance principale.

ARTICLE 3 – LES GARANTIES

3.1 DÉBUT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré à compter de la date indiquée sur le certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association et à la date d'effet de votre adhésion au contrat collectif de base.

3.2 NIVEAU DE GARANTIE

Le contrat collectif surcomplémentaire ne respecte pas les conditions du cahier des charges du contrat responsable. Les prestations varient selon les niveaux de garanties proposés, le détail figurant au tableau des garanties.

Le niveau de garantie de la surcomplémentaire dépend de celui souscrit au titre du Contrat de Base.

La modification du niveau de garantie du Contrat de Base entraîne la modification du niveau de garantie de la surcomplémentaire.

La modification concerne l'Adhérent et, le cas échéant, tous les assurés.

3.3 FIN DES GARANTIES

La cessation des garanties de la complémentaire entraîne la cessation des garanties surcomplémentaires pour l'Adhérent et tous les assurés.

Les garanties prennent fin, pour vous-même et votre famille :

- en cas de résiliation de votre adhésion, en application des dispositions prévues à l'article 5 « Résiliation de l'adhésion » ci-après,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article 4 « Cotisations » ci-après.

La cessation des garanties, pour vous, entraîne la cessation des garanties pour votre famille. Toutefois, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues pour lui et vos enfants.

Votre adhésion enregistrée, vous ne pouvez être exclu contre votre gré tant que vous respectez les conditions d'adhésion, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.

3.4 DESCRIPTIF DES GARANTIES

Le contrat d'assurance surcomplémentaire est un contrat dit « contrat non responsable ». Il prend en charge les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTAM au-delà de la limite fixée par décret et dans les limites figurant au tableau des garanties ci-dessus.

Le contrat d'assurance surcomplémentaire ne prend pas en charge :

- ni la majoration de la participation de l'Adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical,
- ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Les remboursements sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires et des remboursements effectués au titre du Contrat de Base, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau de garanties.

ARTICLE 4 – COTISATIONS

4.1 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est mentionné sur le bulletin d'adhésion. Il est déterminé en fonction :

- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- du niveau de garantie choisi,
- du lieu de résidence,
- de la composition familiale,
- du régime obligatoire.

4.2 - ÉVOLUTIONS DES COTISATIONS

Les cotisations de la surcomplémentaire évoluent dans les mêmes conditions que les cotisations du contrat Osalys 100% SANTÉ 3 telles que définies à l'article 6.2 de la notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 3.

4.3 - MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les modalités de paiement des cotisations de la surcomplémentaire sont identiques aux modalités de paiement des cotisations du contrat Osalys 100% SANTÉ 3 telles que définies à l'article 6.3 de la notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 3 (à l'exception des droits associatifs qui ne sont dus qu'au titre du Contrat de Base).

4.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

Les conséquences du défaut de paiement des cotisations de la surcomplémentaire sont identiques aux conséquences du défaut de paiement des cotisations du contrat Osalys 100% SANTÉ 3 telles que définies à l'article 6.4 de la notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 3.

En cas de suspension pour défaut de paiement des garanties du contrat Osalys 100% SANTÉ 3, les garanties de la Surcomplémentaire sont suspendues.

4.5 - CONDITIONS DE DEDUCTIBILITE

Le contrat OSALYS 100% SANTE 2 surcomplémentaire est un contrat dit non responsable qui ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1 et L.862-4 du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale. A ce titre, ce contrat n'est pas éligible au régime fiscal prévu par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite Madelin.

ARTICLE 5 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

La résiliation du Contrat de Base, pour quelque cause que ce soit, entraîne la résiliation de la surcomplémentaire.

L'Adhérent peut également résilier son adhésion à la surcomplémentaire sans résiliation préalable de son Contrat de Base, dans les conditions de résiliation telles que définies à l'article 7 de la notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 3.

ARTICLE 6 – RENONCIATION

La renonciation au Contrat de Base, pour quelque cause que ce soit, entraîne la renonciation de la surcomplémentaire.

L'Adhérent peut également renoncer à son adhésion à la surcomplémentaire sans renoncer à son Contrat de Base, dans les conditions de renonciation telles que définies à l'article 8 de la notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 3.

LES DISPOSITIONS DES ARTICLES 3.5 (EXCLUSIONS ET LIMITATIONS), 3.6 (TERRITORIALITE), 5 (MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS), 9 (RECLAMATIONS) ET 10 (DISPOSITIONS DIVERSES) DE LA NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT OSALYS 100% SANTE 3 S'APPLIQUENT SANS CHANGEMENT À LA SURCOMPLÉMENTAIRE.

GARANTIES ASSISTANCE

PRÉAMBULE

La présente notice d'information reprend les conditions générales des conventions d'assistance portant le numéro 0803819 souscrite par l'Association pour leurs adhérents auprès de INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance), SA de droit Belge au capital de 180 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des personnes morales de Bruxelles sous le n° BCE 415 591 055, prise au travers de sa succursale française (316 139 500 RCS NANTERRE) établie 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.

Elle a pour objet de faire bénéficier les adhérents, et les membres de leur famille assurés figurant sur le certificat d'adhésion, de garanties d'assistance.

ARTICLE 1 – QUE DOIT FAIRE LE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

POUR LES GARANTIES ASSISTANCE : Pour bénéficier des garanties du présent Contrat, vous devez appeler au numéro de téléphone suivant :

**36 33 depuis la France
+33 (0)1 55 92 27 54 depuis l'étranger
(numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire).**

Notre équipe médicale décide, en fonction des seuls impératifs médicaux et techniques, de la nécessité et des modalités de notre intervention.

Toutefois, et comme pour chaque décision vous concernant, votre accord ou celui d'un membre de votre famille est un préalable nécessaire. Vous pouvez accepter ou refuser les préconisations que nous vous faisons, mais si vous les rejetez, vos garanties d'assistance immédiate sont annulées.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues au Contrat sans l'accord préalable d'AXA Partners, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à un remboursement.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Partners sont prises en charge ou remboursées, sous réserve d'envoyer les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant. AXA Partners intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant à :

**AXA Assistance
Service Gestion des Règlements
8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff**

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

Dans la présente notice d'information, les mots ou expressions commençant par une majuscule auront la signification qui suit :

ACCIDENT : Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

ADHÉRENT : L'adhérent est l'assuré qui adhère à l'association ASAF & AFPS et qui est couvert par un contrat d'assurance Osalys 100 % SANTÉ 3.

AIDANT : Au titre de ce contrat l'aidant est l'assuré qui assiste son père, sa mère, son fils, sa fille ou son conjoint dépendant.

ANIMAUX DOMESTIQUES : Désigne le chien et/ou chat qui appartient à l'Assuré et qui vit habituellement à son Domicile, à l'exclusion de toute autre espèce, à condition qu'il soit à jour de vaccination conformément à la législation française, sous réserve des dispositions de la loi n°99-5 du 6 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

ATTEINTE CORPORELLE GRAVE : Accident corporel ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

AUTORITÉ MÉDICALE : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

BÉNÉFICIAIRES : L'adhérent chef de famille à l'association, souscripteur du contrat d'assurance santé et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS. Leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile du souscripteur et fiscalement à sa charge. Leurs ascendants vivant au domicile du souscripteur. Les petits enfants de moins de 15 ans. Les bénéficiaires sont garantis dès lors qu'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion santé délivré par l'Association.

DOMICILE : Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu ou tout autre document officiel. Il est nécessairement situé en France.

ÉQUIPE MÉDICALE : Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par notre médecin régulateur.

HOSPITALISATION : Séjour prévu (programmé moins de 5 jours avant le début de l'Hospitalisation) ou imprévu dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

IMMOBILISATION AU DOMICILE : Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave et sur prescription médicale.

MALADIE : Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

PERSONNE DÉPENDANTE : Est considérée comme en état de dépendance, la personne reconnue dans une situation de dépendance correspondant aux groupes GIR 1, 2, 3 ou 4 de la grille AGGIR. Le GIR4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. Les GIR1, 2 et 3 regroupent des personnes plus dépendantes que GIR 4.

PROCHE : Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

ARTICLE 3 – OÙ LE BÉNÉFICIAIRE EST-IL GARANTI ?

Les garanties s'exercent en France, à Monaco, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et collectivités d'Outre-Mer. Les garanties « Rapatriement sanitaire » et retour des assurés s'exercent dans le Monde Entier.

ARTICLE 4 – GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

4.1 - AIDE-MÉNAGÈRE : À la demande du bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide-ménagère à domicile soit pendant sa durée d'Hospitalisation ou d'immobilisation supérieure à 24 heures, soit dès son retour à son domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes. AXA Assistance prend en charge 30 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident. Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après bilan médical. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.** Au delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

4.2 - GARDE DES ENFANTS OU DES PETITS-ENFANTS : En cas d'Hospitalisation du bénéficiaire (parent ou grand-parent) supérieure à 24 heures et si personne ne peut assurer la garde des enfants ou des petits-enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement des enfants ou des petits-enfants au domicile d'un proche,
- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit la garde des enfants ou des petits-enfants par du personnel qualifié dans la limite de 40 heures dans les 5 jours qui suivent l'Hospitalisation de l'Assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'Hospitalisation ou de l'immobilisation.

AXA Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.**

Au-delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

4.3 - GARDE DE PERSONNE DÉPENDANTE : Vous êtes Aidant d'une personne dépendante. Si vous êtes hospitalisés de façon imprévue plus de 24 heures, que vous ne pouvez en conséquence tenir votre rôle habituel auprès de la personne dépendante que vous avez en charge et qu'aucun proche n'est susceptible de vous remplacer, nous organisons et prenons en charge, si nécessaire :

- soit leur acheminement chez un proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un Proche à son Domicile ;
- soit leur garde par du personnel qualifié **dans la limite de 20 heures, avec un minimum de 2 heures consécutives sans pouvoir dépasser en valeur la somme de cinq cent (500) euros par Événement.**

Au-delà, AXA Assistance peut également communiquer à l'Assuré aidant les coordonnées de personnes qualifiées. Dans ce cas, le coût de la garantie restera à la charge de l'Assuré.

Elle est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance. Au-delà de ces plafonds de garanties, AXA peut vous communiquer les coordonnées de personnes qualifiées. Le coût de la prestation restant alors à votre charge et étant directement payable auprès du prestataire choisi.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter le service assistance avant d'engager toute dépense,
- si la personne dépendante a plus de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant de la perception de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) par son parent ou conjoint et sur lequel doit figurer la classification GIR,
- si la personne dépendante a moins de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant :
 - qu'elle est classée par la Sécurité sociale en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,
 - ou qu'elle est Bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
 - ou qu'elle est Bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %,
- si la personne dépendante est votre père, mère, fils ou fille, faire parvenir au service d'assistance un extrait d'acte de naissance permettant de vérifier votre lien de filiation,
- si la personne dépendante est votre conjoint, faire parvenir au service d'assistance un certificat de mariage, de Pacs ou de concubinage permettant de justifier votre lien.

4.4 - GARDE DES ENFANTS MALADES : Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 15 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 8 jours consécutifs, et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe,
- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, **pendant 40 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.**

Au-delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

4.5 - SOUTIEN PÉDAGOGIQUE DES ENFANTS : Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en FRANCE dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant de la 1^{ère} à la terminale.

Le ou les répétiteur(s) dispense(nt) à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteur(s) sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 5 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire.

Ces cours sont dispensés au 16^{ème} jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant pendant 2 mois maximum, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile. Au-delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

4.6 - LIVRAISON DES REPAS : À la demande de l'assuré, AXA Assistance organise la livraison de repas à domicile. Le coût des repas et de leur acheminement reste à sa charge. Cette prestation est accordée pendant 7 jours maximum par événement (et à concurrence d'un seul repas par jour). Pour en bénéficier, l'assuré doit en faire la demande dans les 30 jours suivants le début de son immobilisation

ou, après Hospitalisation, de son retour à domicile.

ARTICLE 5 – GARANTIE D'ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES

5.1 - GARDE ET TRANSFERT D'ANIMAUX (CHIEN ET CHAT UNIQUEMENT) : En cas d'Hospitalisation supérieure à 24 heures et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 230 € par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

5.2 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE D'ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES : Aucune garantie d'assistance ne pourra être accordée si le bénéficiaire n'est pas en mesure de présenter le carnet de santé et de vaccinations, de l'animal garanti, à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Partners, ni faire l'objet d'une indemnisation à quel titre que ce soit :

- les maladies antérieures à la souscription du contrat,
- les maladies qui auraient pu être évitées par des vaccins préventifs,
- les anomalies, infirmités ou maladies congénitales,
- les maladies non liées à une intervention chirurgicale (ex: grippe...),
- toute intervention qui n'est pas pratiquée par un docteur vétérinaire,
- les interventions à but esthétique (oreilles coupées, taille de la queue...) et de convenance (castration, ovariectomie, avortement...),
- les prothèses dentaires ainsi que tout appareillage,
- les mises à bas ou césariennes qui ne sont pas occasionnées par un accident,
- les vaccinations, rappels et tatouages,
- les blessures lors de combats de chiens organisés,
- les mauvais traitements imputables au propriétaire ou aux personnes vivant sous son toit, au gardien de l'animal,
- les frais vétérinaires non prévus au titre de la convention,
- les frais engagés sur un animal mort,
- les frais d'incinération

ARTICLE 6 – GARANTIES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les Garanties d'assistance aux personnes consistent, en cas d'Atteinte corporelle grave de l'Assuré survenu lors d'un Déplacement à plus de trente kilomètres de son Domicile principal et dans le monde entier, à organiser et à prendre en charge si nécessaire des garanties d'assistance aux personnes dans les conditions et limites ci-après.

6.1 - RAPATRIEMENT MÉDICAL : L'Équipe médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'Équipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction. Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge son transfert vers son Domicile. Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Équipe médicale d'AXA Assistance.

Tout refus de la solution proposée par l'Équipe médicale d'AXA Assistance entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicales.

6.2 - RETOUR DES ASSURÉS : Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, AXA Assistance organise et prend en charge le retour au Domicile des autres Assurés.

AXA Assistance prend en charge des titres de transport aller-simple en avion classe économique ou en train 1ère classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

6.3 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSISTANCE MÉDICALES : Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif,
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement,
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une Hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement,
- les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- la chirurgie esthétique,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement,
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage,
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du bénéficiaire.

ARTICLE 7 – EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Sont exclus et ne pourront donner lieu à intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant votre séjour ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat.

De plus, ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que vous pratiquez ;
- des dommages que l'Assuré a causés ou subis lorsque de la pratique des sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs.

ARTICLE 8 – RESPONSABILITÉ

8.1 - RESPONSABILITÉ D'AXA ASSISTANCE : L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens. AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues ci-dessus.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

8.2 - EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉS : Pour autant AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des prestations causés par un cas de Force majeure rendant impossible l'exécution des engagements contractuels.

ARTICLE 9 – SUBROGATION DANS LES DROITS ET ACTIONS DE L'ASSURÉ

Axa Partners est subrogé dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'évènement ayant déclenché son intervention et/ou son indemnisation, à concurrence des frais engagés et/ou des indemnités réglées en exécution du contrat.

ARTICLE 10 – PRISE D'EFFET - DURÉE – RÉSILIATION

Les garanties d'assistance sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du contrat d'assurance OSALYS 100% SANTÉ 3.

Elles cessent leur effet de plein droit, sans autre avis, à la date à laquelle le contrat d'assurance OSALYS 100% SANTÉ 3 prend fin pour quelque raison que ce soit.

ARTICLE 11 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Assistance pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Assistance pourra :

- Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fin ;
- Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA Assistance est soumise aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données
AXA Assistance
8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff
Email : dpo.axaAssistancefrance@axa-assistance.com

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance doit solliciter son consentement. L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement. En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA Assistance à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données
AXA Assistance
8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

ARTICLE 12 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, le Souscripteur et/ou les Assurés s'adresse(nt) en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur et/ou les Assurés peut/peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA Partners - Service Gestion Relation Clientèle
8-10, rue Paul Vaillant Couturier
92240 Malakoff

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » www.axa-assistance.fr/contact.

Axa Assistance s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire. Le Souscripteur et/ou les Assurés peut/ peuvent également faire appel gratuitement au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante :

- soit à réception de notre réponse argumentée si elle ne vous donne pas satisfaction,
- soit, en l'absence de réponse de notre part, deux mois après votre première réclamation écrite,
- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Le Souscripteur et/ou les Assurés peut/ peuvent saisir le Médiateur :

- **Par courrier, à l'adresse suivante** : Le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

- **Par voie électronique, en déposant votre dossier sur le site** : www.mediation-assurance.org

L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant : <https://www.mediation-assurance.org/wp-content/uploads/2022/07/2022.06.22-Charte-du-Mediateur-1.pdf>

ARTICLE 13 – PRESCRIPTION

Conformément à l'Article L. 114-1 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Conformément à l'Article L. 114-2 du Code des assurances, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui 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 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 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 2243 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 2244 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 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'Article L.114-3 du Code des assurances, « par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

ARTICLE 14 – AUTORITÉS DE CONTRÔLE

Inter Partner Assistance (AXA Assistance) est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique – TVA BE 0203.201.340 RPM Bruxelles – (www.bnb.be). La succursale française d'IPA est soumise au contrôle prudentiel de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest CS 92459 - 75346 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 15 – COMPÉTENCE JUDICIAIRE

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Plus d'informations sur :

asaf-afps.fr

Pour toute correspondance :

ASAF & AFPS

Les Templiers - 950 route des Colles - CS 50335

06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX



OFF731 01 2025 / IDU ASAF & AFPS : FR313773_03GRKS

ASAF & AFPS

Association souscriptrice de contrat d'assurance de groupe (Loi 1901) : ASAF & AFPS (Association Santé et Action Familiale & Action Familiale de Prévoyance Sociale) - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) - **Centre de Gestion (pour ASAF & AFPS) :** GIEPS - Groupement d'Intérêt économique (ordonnance n°67-821) de Prévoyance Sociale - 950 012 997 RCS ANTIBES - Sièges sociaux ASAF & AFPS / GIEPS : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT. **Assureurs :** AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - LEI : 969500JYOZHAIBIU3513 - n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) - **Inter Partner Assistance** - SA de droit Belge au capital de 180 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des personnes morales de Bruxelles sous le n° BCE 415 591 055, prise au travers de sa succursale française (316 139 500 RCS NANTERRE) établie 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff. **Autorité chargée de leur contrôle :** Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.