

NOTICE D'INFORMATION

Osalys Essentiel Non Responsable Complémentaire Santé

Préambule	p.4
Lexique	p.4
Article 1 – Objet du contrat	p.8
Article 2 – Modalités d'adhésion au contrat	p.8
2.1. Conditions d'adhésion	
2.2. Durée et renouvellement de l'adhésion	
Article 3 – Les garanties	p.8
3.1. Début des garanties	
3.2. Changement de niveau de garantie	
3.3. Fin des garanties	
3.4. Descriptif des garanties	
3.5. Exclusions et Limitations	
3.6. Territorialité	
Article 4 – Services	p.9
4.1. Télétransmission et tiers-payant	
4.2. Prise en charge	
4.3. Service Hospiway	
4.4. Téléconsultation médicale	
4.5. Accompagnement Easy Santé	
Article 5 – Modalités d'obtention des remboursements	p.11
Article 6 – Cotisations	p.12
6.1. Montant des cotisations	
6.2. Evolution des cotisations	
6.3. Modalité de paiement des cotisations	
6.4. Conséquences du défaut de paiement	
Article 7 – Résiliation de l'adhésion	p.13
Article 8 – Renonciation	p.13
Article 9 – Réclamations	p.13
Article 10 – Dispositions diverses	p.14
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. Mesures restrictives	
10.7. Prescription	
Garanties Assistance	p.15

PRÉAMBULE

Le contrat **OSALYS ESSENTIEL NON RESPONSABLE** 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 au moyen de la « demande d'adhésion » dans les conditions décrites dans la présente notice d'information valant conditions générales. Les déclarations des Adhérents servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets du Code des assurances.

L'Association assure les actes de gestion nécessaires à l'acceptation et au fonctionnement du contrat et des 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 l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée. En cas de résiliation du contrat, l'Assureur s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés.

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'assurances 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 prestations et les garanties souscrites.

ADHERENT

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

ASSURES

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.

BASE DE REMBOURSEMENT

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

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 soin.
- 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 et prend en charge au minimum deux prestations de prévention fixées par la réglementation. Elles prévoient également des plafonds et des planchers en optique ainsi que la prise en charge :

- du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, à l'exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15% et 30%.
- du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, sans aucune limitation de durée.

En revanche, elles ne remboursent pas :

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0.50 € par boîte de médicament).

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.

FAMILLE

L'adhérent assuré, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin), ses descendants et ses ascendants (au premier degré) ou ceux de son conjoint.

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.

MALADIES INFECTIEUSES

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 €

Participation forfaitaire d'un euro 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.

RESTE A 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.

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.

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.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat « Non responsable ».

HOSPITALISATION

HOSPITALISATION	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	150% (1)	250% (1)	100%
Frais de séjour en établissement conventionné - hospitalisation chirurgicale et médicale	Frais réels		
Frais de séjour en établissement non conventionné - hospitalisation chirurgicale et médicale	100%		
Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné - hospitalisation en disciplines spécialisées	100% Limité à 30 jours/an/bénéficiaire		
Forfait journalier hospitalier - Hospitalisation chirurgicale et médicale	Frais réels		
Forfait journalier hospitalier - Hospitalisation en disciplines spécialisées	Frais réels Limités à 30 jours/an/bénéficiaire en séjour spécialisé		
Chambre particulière (y compris en ambulatoire) non remboursée par le régime obligatoire	Non pris en charge	40 € par jour limité à 30 jours/an/ bénéficiaire (2)	Non pris en charge
Confort hospitalier (wifi, TV, téléphone, frais de transport des visiteurs)	50 €	100 €	50 €
Hospitalisation à domicile (HAD)	150%	250%	100%
TRANSPORT SANITAIRE			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%	100%	100%

SOINS COURANTS

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Honoraires médicaux : consultations, actes et visites de généralistes et spécialistes	Non pris en charge	Non pris en charge	100%
Analyse et examens de laboratoires : biologie, analyse médicale, radiologie	Non pris en charge	100%	100%
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	Non pris en charge	Non pris en charge	100%
Médicaments remboursés à 65% et 30% par le régime obligatoire	Non pris en charge	Non pris en charge	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	Non pris en charge	Non pris en charge	100%

OPTIQUE

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Verres, montures	Non pris en charge	Non pris en charge	100%
Lentilles (3)	Non pris en charge	Non pris en charge	100% + 50 €

DENTAIRE

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Soins : consultations et soins, inlay-onlay, chirurgie, parodontologie remboursée	Non pris en charge	Non pris en charge	100%
Prothèses remboursées par le régime obligatoire	Non pris en charge	Non pris en charge	100%
Orthodontie	Non pris en charge	Non pris en charge	100%

ASSISTANCE

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 72 heures	Une fois par an dans la limite de 30 heures		
Garde enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 72 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures		
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures		
Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile de plus de 15 jours	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois		
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 72 heures	Une fois par an dans la limite de 230 €		

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en euros ou une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits en euro s'entendent par assuré et par année d'assurance sauf indication spécifique et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre).

(1) 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 par le tableau des prestations. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés.

(2) Cette prestation est soumise à une période d'attente de trois mois.

(3) Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par le régime obligatoire.

RENFORT BIEN-ÊTRE uniquement sur le niveau 3

Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, étiopathe, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe) non remboursée par le régime obligatoire	100 €
Prévention , par an par bénéficiaire : Pilule contraceptive Médicaments et vaccins prescrits non remboursés 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) même non remboursés par le régime obligatoire	100 €
Médicaments , remboursés à 15% par le régime obligatoire	100%

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir, pour l'Adhérent et sa famille assurée, le remboursement :

- de frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie ou un accident, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire.
- des dépenses de soins non prises en charge par le régime obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.

ARTICLE 2 – MODALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

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

2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

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

- ayant moins de 81 ans (par différence de millésime) lors de l'adhésion en cas de souscription des niveaux de garantie 1 ou 2,
- ayant moins de 91 ans (par différence de millésime) lors de l'adhésion en cas de souscription du niveau de garantie 3,
- 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 ;
- ayant fait parvenir à l'Association une demande d'adhésion dûment complétée et signée mentionnant chaque membre de la famille inscrit ainsi que le niveau de garantie choisi pour l'ensemble de la famille,
- ayant réglé la 1^{ère} cotisation incluant les droits d'entrée,
- ayant acquitté les droits associatifs dont les montants sont précisés à l'Article 6.3 de la présente notice d'information.

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

2.2 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat et à l'Association est effective pour une année au minimum et se renouvelle par tacite reconduction, jusqu'au 1^{er} janvier de l'année suivante, puis chaque année à l'échéance principale fixée au 1^{er} janvier.

ARTICLE 3 – LES GARANTIES

3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

3.1.1 - DATE D'EFFET

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserve de la période d'attente prévue à l'Article 3.1.2, à compter de la date indiquée sur le certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation ; **cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association.**

3.1.2 - PÉRIODE D'ATTENTE

Il est prévu une période d'attente de 3 mois, pour la prise en charge de la chambre particulière (sur le niveau de garantie qui prévoit cette prestation). Cette période se calcule à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion.

3.2 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

Les prestations varient selon les niveaux de garanties proposés, le détail figurant au tableau des prestations. Toute diminution ou augmentation d'un niveau de garantie est soumis à l'acceptation de l'Association. Ces demandes peuvent être acceptées un an au moins après l'adhésion au contrat ; par la suite, aucune diminution ou augmentation d'un niveau de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

La modification concerne l'adhérent et, le cas échéant, tous les bénéficiaires des garanties.

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 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 fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, et à la condition que la cotisation ait été payée.

3.4 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

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 prestations. Ce dernier, qui fait partie intégrante de la présente notice d'information, détaille le montant des remboursements selon le niveau de garantie souscrit.

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

Chambre particulière (si souscription de l'option 2)

Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Le remboursement est limité à 30 jours par année civile et par assuré, quelle que soit la discipline médico-tarifaire.

Confort Hospitalier

Remboursement pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale ou en disciplines spécialisées, montant par année civile et par assuré.

Hospitalisation à domicile

Remboursement pour les soins nécessaires à l'Assuré concerné dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

3.4.2 - RENFORT

Option "Renfort Bien-Être"

L'adhésion à ce renfort optionnel, pour le niveau de garantie 3, s'applique obligatoirement pour l'ensemble de la famille ; elle peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2).

Cette option prévoit des remboursements relatifs aux médicaments à Service Médical Rendu Faible, à certaines prestations de prévention et de médecine douce.

3.5 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

3.5.1 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus de tout remboursement :

- Les actes non reconnus par les régimes obligatoires, les actes non prévus au tableau des prestations, la chirurgie et les soins esthétiques non remboursés par les régimes obligatoires,
- Les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est à dire les soins comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD),
- Les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau d'atome, conformément au Code des assurances,
- La participation forfaitaire,
- Les franchises médicales.

3.5.2. LIMITATIONS

Notre prise en charge de la chirurgie esthétique remboursée par les régimes obligatoires est limitée au ticket modérateur sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée. Dans ces cas, les taux du tableau s'appliquent. Cette limitation s'applique en hospitalisation ou en cabinet.

3.6 - TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en FRANCE et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire français prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en FRANCE et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE. 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 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 bénéficiaires de ces régimes obligatoires 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, 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).

4.2 - PRISE EN CHARGE

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

- Hospitalisation : frais de séjour dans la limite de 100 % de la base de remboursement, forfait journalier hospitalier et chambre particulière (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en établissement conventionné).
- Optique : verres, montures, lentilles.
- Dentaire : prothèses et orthodontie.
- Matériel médical : appareillage ou prothèse tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables de la Sécurité sociale.

4.3 - SERVICE HOSPIWAY

Hospiway® est un service d'information pour vous aider à préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche. Ce site est accessible depuis l'Espace client personnalisé.

Ce site propose :

- d'accéder à un Palmarès des Hôpitaux et Cliniques proposant un classement des meilleurs établissements de santé français dans la prise en charge de nombreuses pathologies,
- de choisir un établissement de santé répondant à leurs attentes en consultant le classement national ou en recherchant un établissement dans une zone géographique donnée,
- d'analyser leur devis sur la base des actes prévus. Les éventuels dépassements d'honoraires pourront être évalués par rapport à ceux couramment pratiqués sur une zone géographique donnée,
- de préparer au mieux leur séjour à l'hôpital et leur retour à domicile ou ceux d'un proche grâce à une Check List comprenant des conseils pratiques.

4.4 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

La « Téléconsultation » est une prestation de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance, 6 rue André Gide - 92320 Châtillon - 311 338 339 RCS Nanterre).

Cette activité d'AXA Assistance est officiellement enregistrée, conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine, et s'exerce sur la base d'un contrat conclu avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente. Le non-renouvellement par l'ARS de ce contrat constituerait un cas de force majeure entraînant la cessation de la garantie Téléconsultation sans préavis et sans que l'ensemble des autres dispositions de votre contrat ne soient modifiées.

La cotisation correspondant à cette garantie est incluse dans le taux de cotisation du contrat, le service correspondant est compris dans les charges de prestations.

Définitions

Équipe Médicale ou Equipe de Médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance

Médecin : Médecin généraliste

Téléconsultation : consultation médicale par téléphone et de manière complémentaire par vidéoconférence

Objet

La téléconsultation est accessible par le biais de la plateforme téléphonique d'AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les IDE et les Médecins sont soumis au secret médical.

Mise en œuvre de la garantie

AXA Assistance répond 24h/24, 7j/7, aux appels téléphoniques qu'elle réceptionne.

La téléconsultation telle que décrite ci-après, fonctionne à l'identique pour vous et chacun de vos bénéficiaires. Il est cependant précisé que lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Les réponses apportées, en fonction de votre besoin ou celui de votre bénéficiaire, peuvent être de 3 types : téléconsultation, information générale de santé ou orientation.

Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, vous pouvez contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

L'équipe de Médecins est joignable 24h/24 et 7j/7 pour vous délivrer une Téléconsultation dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical.

Pour nous appeler, munissez-vous de votre Attestation de Tiers Payant Santé afin de permettre votre identification, et composez le numéro de téléphone direct :

**3633 depuis la France (appel non surtaxé)
et +33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger**

Ce numéro est strictement réservé à la téléconsultation et ne permettra pas par conséquent de répondre à d'autres demandes. Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera votre appel. Après vous avoir informé des modalités de fourniture de la Téléconsultation et avoir recueilli votre consentement, l'IDE enregistrera votre demande et vous mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à la Téléconsultation.

La vidéoconférence permet de compléter la communication téléphonique par une communication visuelle. Les images de la vidéo-conférence ne seront pas utilisées à des fins de diagnostic. Vous aurez la possibilité d'adresser au Médecin durant la Téléconsultation des documents (photos, analyses biologiques) qui pourront compléter les informations que vous aurez communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

À l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance vous apportera une réponse médicale adaptée à votre situation pathologique.

Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil ou orientation vers le médecin traitant,
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins : gynécologue, ophtalmologue, stomatologue, psychiatre ou neuropsychiatre pour un assuré âgé de 16 et 25 ans,
- Prescription écrite médicamenteuse ou d'examen complémentaires si vous êtes situés dans un pays de l'Union Européenne.

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation.

Dans le cas où l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, vous serez réorientés immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec votre autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à votre médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Attention : dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le Médecin d'AXA Assistance vous réorientera vers votre médecin traitant.

La garantie Téléconsultation est limitée à 12 appels par an et par bénéficiaire.

Information

À votre demande, l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7j/7 et 24h/24. Elle donne tout renseignement d'ordre général. L'intervention de l'Équipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de la Téléconsultation n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

Orientation

À votre demande, l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut vous aider à exercer votre libre choix en vous conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

Exclusions

Sont exclus de la téléconsultation :

- les Téléconsultations lorsque l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale,
- les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste,
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques,
- les prescriptions d'arrêt de travail,
- les certificats médicaux.

Responsabilité

✓ Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance pour la mise en œuvre de la téléconsultation aux termes des présentes sont constitutives d'obligations de moyens.

Dans ce cadre, AXA Assistance ne saurait notamment être tenue pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques,
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation,
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

✓ **Responsabilité du Bénéficiaire**

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions ses engagements.

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données à caractère personnel, AXA Assistance vous informe en leur qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par l'Équipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier,
- la finalité du traitement est la Téléconsultation,
- les destinataires des données le concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec son accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

INTER PARTNER ASSISTANCE s'engage conformément aux dispositions de l'article 10 des Garanties d'Assistance ci-après.

Réclamations et Différends

✓ **Traitement des réclamations**

AXA Assistance veille à vous offrir un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, vous pouvez écrire à la Direction Médicale d'AXA Assistance sous pli confidentiel au 6 rue André Gide – 92320 Châtillon. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.

✓ **Différends**

Tous les litiges auxquels le présent article pourrait donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

4.5 - ACCOMPAGNEMENT EASY SANTÉ

Soigner c'est bien, prévenir c'est mieux. Le programme de prévention digital My Easy Santé vous aide à préserver, améliorer votre santé au quotidien et réduire vos facteurs de risque.

My Easy santé c'est une appli simple à télécharger, ou accessible sur myeasysanté.fr. Avec My Easy santé vous trouverez :

- Des tests conçus par les meilleurs experts médicaux pour connaître votre âge santé et découvrir le programme adapté à vos besoins,
- Une sélection de programmes de coaching testés et approuvés, avec des réductions exclusives, négociées par AXA,
- Les dernières actualités santé pour mieux se nourrir, mieux dormir, bouger davantage et garder la forme,
- La possibilité d'y relier tous vos objets connectés pour un suivi simple et en temps réel de vos progrès,
- De bons plans santé pour tous, des défis à relever pour améliorer votre santé,
- La téléconsultation accessible à tout moment pour un accompagnement médical tout au long du programme.

ARTICLE 5 – MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du régime obligatoire ou la facture du praticien le cas échéant, est comprise entre le début et la fin de la garantie.

Pour obtenir le remboursement, vous devez nous faire parvenir l'original du décompte de votre régime obligatoire pour toute prestation ayant fait l'objet préalablement d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Si vous bénéficiez de la télétransmission, votre régime obligatoire le fait pour vous et nous transmet automatiquement les informations nécessaires. Vous en êtes informés par une note sur votre décompte.

Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre régime obligatoire, vous devez nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré.

Pour les cas particuliers suivants vous devez nous adresser certaines pièces complémentaires indiquées ci-dessous :

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
La médecine douce	
Dans tous les cas	L'original de la facture avec le n°ADELI du praticien
La prévention	
Vaccins non pris en charge par le régime obligatoire et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture
Les frais de transports	
L'original du décompte du régime obligatoire	
Le dentaire	
Dans tous les cas	L'original du décompte du régime obligatoire
Pour les prothèses ou actes de parodontologie	L'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
La pharmacie	
Les médicaments pris en charge par le régime obligatoire	L'original du décompte du régime obligatoire (sauf si vous utilisez le tiers payant)
Les médicaments non pris en charge par le régime obligatoire et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture
Les substituts nicotiques	L'original du décompte du régime obligatoire ou la prescription médicale et l'original de la facture s'ils n'ont pas été remboursés par le régime obligatoire
L'optique	
Pour les lunettes	L'original de la facture mentionnant la correction visuelle et type de verre Le cas échéant, une demande de prise en charge
Pour les lentilles	L'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) et pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale l'original de la facture
Dans tous les cas	L'original du décompte du régime obligatoire
Le matériel médical	
Dans tous les cas	L'original du décompte du régime obligatoire Le cas échéant, une demande de prise en charge
L'hospitalisation	
Selon la facturation dont relève l'établissement	Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire L'original de la facture L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement
Dans tous les cas	Les notes de dépassement d'honoraires

Les justificatifs susvisés sont à adresser à :

ASAF & AFPS - Service Prestations - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

ARTICLE 6 – COTISATIONS

6.1 - MONTANT DES COTISATIONS

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

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

6.2 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent :

- au 1^{er} janvier de chaque année :
 - selon l'âge de chaque Assuré, à partir de 21 ans, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime,
 - 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 garantie 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.
- au 1^{er} janvier de chaque année 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 - MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète au siège de l'Association 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. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

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 le contrat et radier l'adhérent 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.

ARTICLE 7 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'adhérent peut résilier son adhésion au contrat et à l'association :

- A l'échéance annuelle : en respectant un préavis de deux mois précédant l'échéance anniversaire du contrat lors de la première année puis, pour les années suivantes, un préavis de deux mois précédant l'échéance principale (1er janvier).
- A tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet 30 jours après la réception de la notification de résiliation motivée.
- 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'évènement. 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 les 15 jours 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 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 vous sera adressée 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 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 pénalités ».

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.**

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 Essentiel Non Responsable n° ____ conclue auprès du cabinet ____ en date du ____ et pour laquelle j'ai versé ____ €.

Fait à ____, le ____ Signature de l'adhérent ».

ARTICLE 9 – RÉCLAMATIONS

Pour toute difficulté, contactez votre interlocuteur ASAF & AFPS par email contact@gieps.fr ou par courrier (ASAF & AFPS - Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX). Il est à votre disposition pour répondre à vos demandes d'informations.

Si, après l'avoir contacté, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Satisfaction Client ASAF & AFPS par email (service.satisfaction@gieps.fr) ou par courrier (Les Templiers - 950 Route des Colles - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX) habilité à traiter vos éventuelles réclamations dans un délai maximum de 60 jours, après en avoir accusé réception sous 10 jours. Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez bien sûr faire appel gratuitement au Médiateur de la FFA, personnalité indépendante dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite, en vous adressant à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou sur le site internet <http://www.mediation-assurance.org>. Le Médiateur formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement 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

L'Association pourra éventuellement faire effectuer à sa demande et à l'attention de son Médecin Conseil toutes les vérifications ou expertises qu'elle jugera nécessaires ainsi que se faire communiquer les documents, pièces, comptes rendus, médicaux ou non, nécessaires au traitement du dossier.

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 prestations, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré, conformément à l'Article L. 121-12 du Code des assurances.

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 - MESURES RESTRICTIVES

Le présent contrat sera sans effet et l'Assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat exposerait ce dernier (l'Assureur) aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume-Uni ou les États-Unis d'Amérique.

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'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

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, « 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 ».et financier).

PRÉAMBULE

La présente notice d'information reprend les conditions générales des conventions d'assistance portant le numéro 0803213 souscrite par l'Association ASAF (Association Santé et Action Familiale) et le numéro 0803214 souscrite par l'Association AFPS (Action Familiale de Prévoyance Sociale) pour leurs adhérents auprès de **INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance)** société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. 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 :

+33 (0)1 55 92 25 99

(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 recommandations 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
6, rue André Gide
92320 Châtillon**

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

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

ANIMAUX DOMESTIQUES : Chien et/ ou chat appartenant à l'Assuré et vivant 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.**

ASSURÉS/VOUS : Désigne tout Client déclaré à AXA Assistance par le Souscripteur comme assuré par le présent Contrat en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation à son Domicile. La définition des Assurés est étendue à leurs conjoints de droit ou de fait ou toute personne qui leur ait lié par Pacs, leurs descendants fiscalement à charge de moins de 25 ans vivant au Domicile, leurs ascendants vivant au Domicile.

ATTEINTE CORPORELLE : Accident corporel ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués

immédiatement.

Par accident corporel on entend toute Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par maladie, on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale

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

CLIENT/VOUS : Désigne toute personne physique entrée en relation contractuelle avec le Souscripteur pour la souscription d'un contrat d'assurance **OSALYS ESSENTIEL NON RESPONSABLE** assuré par AXA France Vie.

DOMICILE : Désigne le lieu de résidence principale de l'Assuré. Il est situé en France.

ÉQUIPE MÉDICALE : Structure d'assistance médicale que AXA Assistance met à disposition des Assurés et adapte à chaque cas particulier.

FRANCE : France métropolitaine.

FORCE MAJEURE : Événement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

FRANCHISE : Part des dommages qui restent à la charge de l'Assuré.

HOSPITALISATION : Séjour prévu ou imprévu d'une durée supérieure à 72h, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle.

IMMOBILISATION À DOMICILE : Désigne l'immobilisation au Domicile prescrite par une Autorité médicale à la suite d'une Atteinte corporelle.

MEMBRE DE LA FAMILLE : Le conjoint de droit ou de fait ou toute personne qui est liée à l'Assuré par un Pacs, ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint, ses frères et sœurs. Ils doivent être domiciliés dans le même pays que l'Assuré.

PROCHE : Personne physique désignée par l'Assuré ou un de ses ayants droit. Il doit être domicilié dans le même pays que l'Assuré.

SOUSCRIPTEUR : Désigne :

- l'Association Santé et Action Familiale (ASAF), association déclarée (J.O du 05/01/1974) et régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège est situé Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT.
- l'Action Familiale de Prévoyance Sociale (AFPS), association déclarée (J.O du 27/06/1970) et régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège est situé Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT.

STRUCTURE MÉDICALE : Structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre Equipe médicale.

TERRITORIALITÉ : Les garanties d'assistance s'exercent en France, Principauté d'Andorre, Principauté de Monaco, Département et Territoire d'Outre-Mer.

ARTICLE 3 – OÙ LE BÉNÉFICIAIRE EST-IL GARANTI ?

Les garanties s'exercent en France, à Andorre, à Monaco et dans les DROM/COM.

ARTICLE 4 – GARANTIES ASSISTANCE

4.1 - AIDE-MÉNAGÈRE : La garantie est acquise en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation d'une durée supérieure à 72 heures.

AXA Assistance organise et prend en charge les services d'une aide-ménagère au Domicile de l'Assuré afin de l'aider dans les tâches du quotidien :

- soit pendant la durée de l'Immobilisation ;
- soit pendant la durée de l'Hospitalisation ou dès le retour de l'Assuré à son Domicile.

Après analyse de la situation de l'Assuré, AXA Assistance prend en charge jusqu'à 30 heures maximum dans les 15 jours qui suivent la date de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation, avec un minimum de 2 heures consécutives.

L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile. Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

4.2 - GARDE DES ENFANTS : La garantie est acquise en cas d'Hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures.

Si personne ne peut assurer la garde des Assurés de moins de 15 ans, AXA Assistance organise et prend en charge dès le premier jour de l'Événement :

- soit leur acheminement chez un proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde 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 qualifiée pourra accompagner les assurés à l'école.

Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile. Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

4.3 - GARDE DES ENFANTS MALADES : La garantie est acquise en cas d'Immobilisation d'une durée supérieure à 8 jours consécutifs.

Lorsque l'Assuré de moins de 15 ans est immobilisé à son Domicile et que personne ne peut assurer sa garde, 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^o classe
- soit les services de personnel qualifié afin d'assurer sa garde dans la limite de 40 heures dans les 10 jours qui suivent la date d'Immobilisation, avec un minimum de 4 heures consécutives.

Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile. Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

4.4 - SOUTIEN SCOLAIRE : La garantie est acquise en cas d'Immobilisation d'une durée supérieure à 15 jours consécutifs.

Lorsque l'Immobilisation de l'Assuré à son Domicile entraîne une absence scolaire d'une durée supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance organise et prend en charge à compter du 16^{ème} jour de l'Immobilisation, les honoraires des répétiteurs scolaires dans la limite de 10 heures par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés, et de 2 mois, dans les matières suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie ou langues vivantes.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés du cours préparatoire à la terminale dans un établissement scolaire français.

Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile. Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

ARTICLE 5 - GARANTIE ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES

5.1 - GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES : La garantie est acquise en cas d'Hospitalisation d'une durée supérieure à 72 heures.

Si la garde de l'Animal domestique de l'Assuré n'est plus assurée, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, jusqu'à la pension la plus proche dans un rayon de 50 km du Domicile de l'Assuré et sa garde, à concurrence de 230 euros par événement ;
- soit l'acheminement de l'Animal domestique, dans la limite de 2 animaux, au domicile d'un Proche dans un rayon de 50 km.

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 – 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 maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- 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 7 – RESPONSABILITÉ

7.1 - 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.

7.2 - 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 8 – SUBROGATION DANS LES DROITS ET ACTIONS DE L'ASSURÉ

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

ARTICLE 9 – PRISE D'EFFET - DURÉE - RÉILIATION

Les garanties d'assistance sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du contrat d'assurance OSALYS ESSENTIEL NON RESPONSABLE.

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

ARTICLE 10 – 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 :

a) 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 fins ;

b) 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 ;

c) 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 ;

d) 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 ;

e) 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

f) 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.

g) 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 soumis 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
6, rue André Gide 92320 Châtillon
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
6, rue André Gide 92320 Châtillon
Email : dpo.axaAssistancefrance@axa-assistance.com

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

ARTICLE 11 – 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 Assistance - Service Gestion Relation Clientèle
6, rue André Gide
92320 Châtillon

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.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, le Souscripteur et/ou les Assurés peut/peuvent faire appel au Médiateur, dans un délai maximum d'un an, à compter de la réclamation écrite, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit. 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 : www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte_V2.pdf

ARTICLE 12 – PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites pour deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 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 (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé. Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 13 – 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 Berlaumont 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 14 – 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

OFF569/20201201

ASAF & AFPS

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - **Action Familiale de Prévoyance Sociale** - Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 441 00045 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT - **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 : 969500JYOZHAIBU3513 - n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) - **INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance)**, SA de droit Belge au capital de 31 702 613 € - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487) immatriculée au RPM Bruxelles sous le n°415 591 055 - Siège social : 166 Avenue Louise 1050 Bruxelles, Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au RCS NANTERRE sous le n° 316 139 500 et située 6 rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque AXA Assistance.