NOTICE D'INFORMATION

Osalys Attitude

Complémentaire Santé & Surcomplémentaire

ASAF & AFPS

Sommaire

Préambule p.4

Lexique p.4

Article 1 – Objet du contrat p.12

Article 2 – Modalités d'adhésion au contrat p.12

2.1. Conditions d'adhésion
2.2. Durée et renouvellement de l'adhésion

Article 3 – Les garanties p.12

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.13

4.1. Télétransmission et tiers-payant
4.2. Prise en charge
4.3. Accompagnement et soutien psychologique
4.4. Service Itelis
4.5. Service Hospiway
4.6. Téléconsultation médicale
4.7. Accompagnement MyEasySanté

Article 5 – Modalités d'obtention des remboursements p.17

Article 6 – Cotisations p.18

6.1. Montant des cotisations
6.2. Évolution des cotisations
6.3. Modalité de paiement des cotisations
6.4. Conséquences du défaut de paiement
6.5. Condition de déductibilité

Article 7 – Résiliation de l'adhésion p.19

Article 8 – Renonciation p.19

Article 9 – Réclamations p.19

Article 10 – Dispositions diverses p.19

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

Annexe – Surcomplémentaire p.21

Garanties Assistance p.23

PRÉAMBULE

Le contrat **OSALYS ATTITUDE** 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 : 950 Route des Colles - Les Templiers - 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, appelées 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.

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 1er 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 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'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.

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.

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 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 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 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.
Elle respecte les dispositions du 100% Santé.

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 entrainés 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 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 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.

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 (désignées par « panier 100% santé » ou « acte à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100% santé.
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 apparaitre 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 prestations

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR), en pourcentage des Frais Réels (FR) ou en pourcentage des Prix Limite de Vente (PLV), incluent la prise en charge du régime obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

HOSPITALISATION

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Frais de séjour (établissement conventionné ou non conventionné)	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Les honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins - adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM) - non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (DPTAM)	100% BR 100% BR	200% BR 180% BR	300% BR 200% BR	350% BR 200% BR	400% BR 200% BR	450% BR 200% BR
Forfait journalier	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait
Forfait Actes lourds	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait	100% Forfait
Hospitalisation à domicile	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Chambre particulière non remboursée par la Securité sociale (par jour, limitée aux frais réels)	Non pris en charge	Non pris en charge	45 €	80 €	90 €	100 €
Lit d'accompagnant (par jour, limité aux frais réels) dans la limite de 30 jours Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an	Non pris en charge	Non pris en charge	30 €	60 €	80 €	100 €
Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge. L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, et des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.						

DENTAIRE

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Soins et prothèses 100% Santé Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente) ou, en l'absence de convention applicable, par le réglement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation					
Soins (Hors 100% Santé) Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Prothèses (Hors 100% santé) **À tarifs limités** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les « Soins et prothèses 100% santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L,162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente) ou, en l'absence de convention applicable, par le réglement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale	100% BR dans la limite de 100% PLV	200% BR dans la limite de 100% PLV	300% BR dans la limite de 100% PLV	350% BR dans la limite de 100% PLV	400% BR dans la limite de 100% PLV	450% BR dans la limite de 100% PLV
À tarifs libres Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Limite annuelle : seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite			1 800 €	2 200 €	2 200 €	2 500 €
Orthodontie : orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale : curetage/surfaçage, greffe gingivale, lambeau, allongement coronaire	Non pris en charge	150 €	150 €	300 €	400 €	500 €
Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale, limitée à 3 par année civile et par bénéficiaire - pose de l'implant (phase opératoire)	Non pris en charge	Non pris en charge	150 €	300 €	500 €	650 €
- faux moignon implantaire	Non pris en charge	Non pris en charge	50 €	100 €	150 €	200 €
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées), forfait par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	150 €	300 €	500 €	650 €

SOINS COURANTS

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Honoraires médicaux : Consultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie, imagerie médicale et visites de généralistes et spécialistes - ayant adhéré au DPTAM - n'ayant pas adhéré au DPTAM	100% BR 100% BR	200% BR 180% BR	300% BR 200% BR	350% BR 200% BR	400% BR 200% BR	450% BR 200% BR
Analyse et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Radiologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	30 €	50 €	70 €	90 €
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux (les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65 %, 30 % et 15 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicaments prescrits, figurants sur la liste des produits ayant une Autorisation de Mise sur le Marche (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	35 €	65 €	95 €
Homéopathie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale dans la limite par année civile et par bénéficiaire	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €

SOINS COURANTS

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Matériel médical : - Appareillages ou prothèses (hors lunettes et aides auditives, par année civile et par bénéficiaire) tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables de la Sécurité sociale - Prothèses capillaires non prises en charge par la Sécurité sociale prescrites par le médecin, par année civile et par bénéficiaire	100% BR Non pris en charge	200% BR 100 €	300% BR 200 €	350% BR 300 €	400% BR 350 €	450% BR 400 €
Téléconsultation médicale	Voir conditions dans la suite de la notice					

MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-après : - **ostéopathe**, **chiropracteur**, **acupuncteur**, **étiopathe**, **naturopathe**, **phytothérapeute**, **homéopathe**, **hypnothérapeute**, **kinésiothérapeute**, **microkinésithérapeute**, **psychomotricien**, **psychologue**, **psychanalyste**, **sophrologue**, **d'ergothérapeute**, non prises en charge par la Sécurité sociale ; le praticien doit être inscrit au répertoire d'Automatisation Des Listes (ADELI) ou au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS), ou - **activité physique adaptée** aux affections définies par l'article D.1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant ; l'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique, dans la limite par séance, par année civile et par bénéficiaire de	Non pris en charge Non pris en charge	Non pris en charge Non pris en charge	30 € (max 3 séances) 30 € (max 3 séances)	50 € (max 3 séances) 50 € (max 3 séances)	65 € (max 4 séances) 65 € (max 4 séances)	65 € (max 4 séances) 65 € (max 4 séances)
Diététicien, dans la limite par consultation, par année civile et par bénéficiaire de	Non pris en charge	Non pris en charge	40 € (max 1 séance)	40 € (max 2 séances)	40 € (max 3 séances)	45 € (max 3 séances)
Bilan diététique, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	60 €	80 €	100 €	120 €
Pédicurie - podologue non pris en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	50 €	100 €	150 €	200 €

AIDES AUDITIVES

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Équipements 100% Santé Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation					
Équipements à tarifs libres Adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) par oreille et par période de 4 ans *Les forfaits en euros intègrent les remboursements du régime obligatoire.*	400 € 1 400 €	500 € 1 450 €	600 € 1 500 €	700 € 1 550 €	800 € 1 600 €	900 € 1 650 €
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Accessoires, entretien et piles non pris en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	60 €	70 €	90 €	110 €
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les garanties et équipements auditifs exprimés en euros intègrent le remboursement du Régime obligatoire. La prise en charge des aides auditives est limitée à 1 700 € par oreille.						

AUTRES POSTES

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Frais de transports	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Cures thermales (bénéficiaire jusqu'à 70 ans) Les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale. Les dépassements des médecins non adhérents au DPTAM sont limités à 100% BR.	Non pris en charge	Non pris en charge	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR

PRÉVENTION

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Vaccins prescrits par un médecin et pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Vaccins prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché et non pris en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	100 €	200 €	300 €	350 €
Dépistage du cancer du côlon (Test spetine 9), par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	95 €	95 €	95 €	95 €
Dépistage de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	30 €	50 €	70 €	90 €
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	400% BR	450% BR
Analyses biologiques non prises en charge par la Sécurité sociale, hors bilan génétique, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	30 €	50 €	70 €	90 €
Forfait dédié à un **bilan personnalisé de Prévention des cancers et maladies cardiovasculaires**, non pris en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire Ce bilan comprend la prise en charge des examens suivants avec ou sans prescription médicale: échographie abdomino-pelvienne, scanner du poumon, frottis vésical, échographie des vaisseaux de la base du cou et ECG d'effort.	Non pris en charge	Non pris en charge	30 €	75 €	75 €	75 €
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), par année civile et par bénéficiaire	30 €	30 €	40 €	50 €	70 €	90 €

OPTIQUE

	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
Equipements 100% santé (verres et montures classe A) Cette garantie comprend la prise en charge des verres et montures de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'apparaige pour des verres d'indice de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation					
Verres et montures à tarifs libres (classe B) Equipement à 2 Verres Simples Equipement à 1 verre simple et 1 Verre Complexe/ très complexe Equipement à 2 Verres Complexes ou très complexes Dont monture plafonnée à	100 € 150 € 200 € 50 €					
Grille optique		OPTI 1	OPTI 2	OPTI 3	OPTI 4	OPTI 5
Monture plafonnée à		50 €	70 €	70 €	100 €	100 €
Les forfaits en euro sur les lunettes (verres et montures) intègrent le remboursement du Régime obligatoire. En cas d'équipement mixte 100% Santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% Santé. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intevenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.						
Les **lentilles de contact correctrices** prises en charge ou non par la Sécurité sociale (par année civile et par bénéficiaire). Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur du ticket modérateur.	100% BR	50 €	95 €	190 €	250 €	320 €
Les **implants intraoculaires multifocaux** posés à l'occasion de l'opération de la cataracte, par œil, par année civile et par assuré	Non pris en charge	Non pris en charge	125 €	200 €	250 €	300 €
La chirurgie réfractive (**opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie, de la presbytie** par laser), par oeil, par année civile et par assuré	Non pris en charge	160 €	480 €	950 €	1 110 €	1 250 €
Le **traitement DMLA** par compléments en Oméga 3, prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par assuré	Non pris en charge	50 €	100 €	100 €	150 €	150 €

Les forfaits exprimés en Euro 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 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

SERVICES

ITELIS	ÉCO	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5
ITELIS Le réseau Itelis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget (voir conditions dans la suite de la notice)						
HOSPIWAY Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Hospiway vous permet de faire une recherche d'établissement parmi les 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes. C'est un véritable guide de l'hospitalisation en France.						
MY EASY SANTÉ Soigner c'est bien, prévenir c'est mieux. Le programme de prévention digitale My Easy Santé vous aide à préserver, améliorer votre santé au quotidien et réduire vos facteurs de risque.						

ASSISTANCE

Garde enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation	Dans la limite de 40 heures
Garde-animaux pendant une hospitalisation	Dans la limite de 250 €
Aide-ménagère pendant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile	Dans la limite de 40 heures
Garde-malade suite à hospitalisation	Dans la limite de 40 heures
Livraison de médicaments suite à hospitalisation	Pendant 30 jours suivant l'hospitalisation
Information et organisation de services en cas de cancer	Garanties
Garde-malade en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie	Dans la limite de 40 heures
Aide à domicile en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie	2 heures après chaque séance dans la limite de 10 séances
Garde enfants ou petits-enfants en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie	2 heures après chaque séance dans la limite de 10 séances
Prise en charge du conjoint ou de l'enfant dépendant en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie	2 heures après chaque séance dans la limite de 10 séances et dans la limite de 500 €
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas déplacement à plus de 50 km du domicile

PRÉSENTATION DES NIVEAUX DE CORRECTION

NIVEAU DE CORRECTION	SPHÈRE OU SPHÈRE + CYLINDRE		CYLINDRE
FAIBLE	Sphère	De - 2 à + 2	0
	Sphère	De - 2 à 0	De + 0,25 à + 4
	Sphère + cylindre	De 0 à + 2	Strictement supérieur à 0
MODÉRÉ	Sphère	De - 4 à - 2,25 ou de +2,25 à + 4	0
	Sphère	De - 4 à - 2,25	De + 0,25 à + 4
	Sphère + cylindre	De + 2,25 à + 4	Strictement supérieur à 0
MOYEN	Sphère	De - 6 à - 4,25 ou de + 4,25 à + 6	0
	Sphère	De - 6 à - 4,25	De + 0,25 à + 4
	Sphère + cylindre	De + 4,25 à + 6	Strictement supérieur à 0
ÉLEVÉ	Sphère	De - 8 à - 6,25 ou de + 6,25 à + 8	0
	Sphère	De - 8 à - 6,25	De + 0,25 à + 4
	Sphère + cylindre	De +6,25 à + 8	Strictement supérieur à 0
TRÈS ÉLEVÉ	Sphère	Strictement inférieur à - 8 ou strictement supérieur à + 8	0
	Sphère	De - 8 à 0	Strictement supérieur à + 4
	Sphère	Strictement supérieur à - 8	Strictement supérieur à 0

Les grilles OPTI des options 1 à 5 (remboursement en euros par verre y compris Sécurité sociale)

OPTION 1				
Correction	Dans le réseau Optique Itelis, remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à	
	Caractéristique des verres Unifocaux et Multifocaux	Remboursement Incluant RO**	Caractéristique des verres Unifocaux et Multifocaux	Remboursement Incluant RO**
Panier 100% Santé	Équipements 100% Santé* avec verre de marques exclusivement et monture jusqu'à 30 €	Intégral	Équipements 100% Santé* avec verre de marques exclusivement et monture jusqu'à 30 €	Prix Limites de Vente PLV du panier 100% Santé
Hors panier 100% Santé	Le montant le plus elevé entre PLV 100% Santé et planchers des contrats responsables s'applique		Le montant le plus elevé entre PLV 100% Santé et planchers des contrats responsables s'applique	

* Tels que définis réglementairement
** Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie

OPTION 2				
Correction	Dans le réseau Optique Itelis, remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à	
	Caractéristique du verre unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Traitement contre les rayures,antireflet et anti UV		50 €	131 €
Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures, antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		68 €	163 €
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures, antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		86 €	175 €
Élevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		103 €	201 €
Très élevé			132 €	228 €

OPTION 3				
Correction	Dans le réseau Optique Itelis, remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à	
	Caractéristique du verre unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Traitement contre les rayures, antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		74 €	188 €
Modéré	Verre aminci Traitement contre les rayures, antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		81 €	194 €
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures, antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		86 €	207 €
Élevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures, antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture		118 €	220 €
Très élevé			147 €	247 €

OPTION 4				
Correction	Dans le réseau Optique Itelis, remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à	
	Caractéristique du verre unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Verre aminci Verre aplani	Verre aminci Verres progressifs sur-mesure	81 €	214 €
Modéré			86 €	226 €
Moyen	Verre très aminci Verre aplani	Verre très aminci Verres progressifs sur-mesure	94 €	239 €
Élevé	Verre ultra aminci Verre aplani	Verre très aminci Verres progressifs sur-mesure	154 €	252 €
Très élevé			167 €	267 €

OPTION 5				
Correction	Dans le réseau Optique Itelis, remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à	
	Caractéristique du verre unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre progressif sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	149 €	300 €
Modéré			149 €	300 €
Moyen			160 €	300 €
Élevé			300 €	300 €
Très élevé			300 €	350 €

Dans le réseau optique Itelis, les caractéristiques des verres ci-dessus sont garanties sur tous les niveaux de correction :

- Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive
- Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture

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, 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.

Ce contrat peut être complété par une surcomplémentaire selon les modalités présentées en Annexe.

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 valant conditions générales.

2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Peut adhérer au contrat, sous réserve d'acceptation par l'Association, toute personne :
- ayant entre 55 et 75 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.
- étant résident fiscal français,
- 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 1ère 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 1er janvier de l'année suivante, puis chaque année à l'échéance principale fixée au 1er janvier.

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 1ère cotisation ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association.

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 au début de chaque trimestre civil, 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 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 à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses décrets d'application.

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 frais n'ayant pas donné lieu à un remboursement de votre régime obligatoire peuvent ouvrir droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite dans le tableau de garanties du niveau que vous avez souscrit :
- les actes de pédicurie et de podologie,
- les consultations chez un diététicien,
- les bilans diététiques,
- les séances d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, d'étiopathie, de naturopathie, de phytothérapie, d'homéopathie, d'hypnothérapie, de kinésiothérapie, de microkinésithérapie, de psychomotricité, de psychologie, de psychanalyse, de sophrologie, d'ergothérapie,
- les séances d'activité physique adaptée,
- les vaccins,

• le dépistage de l'ostéoporose, du cancer du côlon (test Septine 9),
• les analyses biologiques et la radiologie,
• les bilans personnalisés de prévention des cancers et maladies cardiovasculaires,
• les médicaments et produits à base de nicotine, dans un but de sevrage tabagique,
• les implants dentaires, prothèses dentaires et la parodontologie,
• les implants intraoculaires multifocaux,
• les lentilles de contact correctrices,
• les opérations de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser,
• les accessoires et entretiens pour audioprothèses,
• les prothèses capillaires,
• le forfait journalier,
• la chambre particulière en Hospitalisation,
• le lit d'accompagnant en Hospitalisation.

Le règlement des prestations est effectué en France, en euros et dans les conditions précisées dans votre tableau de garantie.

Cas particuliers des soins à l'étranger
Nous prenons en charge les soins à l'étranger lorsqu'ils sont eux-mêmes pris en charge par la Sécurité sociale française.
Les garanties, lorsqu'elles sont exprimées en pourcentage, sont toujours prises en charge sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale française et avec application des règles françaises.
Pour obtenir vos remboursements vous devez nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré même si vous bénéficiez de la télétransmission. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros. Le taux de change applicable est celui de la devise concernée au jour de la date de soin.
Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.

3.4 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

3.4.1 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus de tout remboursement :
- **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 transformation du noyau d'atome, conformément au Code des assurances**
- **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 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 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, et les soins facturés par les établissements médicosociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;**
- **les séjours en établissement de santé commencés avant la date d'effet de l'adhésion ;**
- **les soins antérieurs de 2 ans à la date de leur présentation ;**
- **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) ;**
- **les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels ;**
- **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.**

3.4.2 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES

Sont par ailleurs exclus :
- **en cas de non respect du parcours de soins coordonnés et/ou refus par l'assuré d'autoriser l'accès à son dossier médical personnel (DMP) au professionnel de santé, les montants non remboursables visés aux Articles 20 et 57 de la Loi du 13 Août 2004 et de ses décrets, soit :**
  - **la majoration de participation,**
  - **les dépassements d'honoraires autorisés.**

3.4.3. 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.

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).

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 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 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 prestations ;
- Hors hospitalisation : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

4.3 - ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

• SERVICE D'ÉCOUTE PSYCHOLOGIQUE

La prestation de soutien psychologique est accessible dès lors que vous êtes confronté à l'un ou plusieurs des faits générateurs suivants : maladie, accident, hospitalisation, décès, concernant lui-même ou sa famille.
Ce service est limité à 3 médiations téléphoniques par an.
Les écoutants du plateau réalisent une écoute professionnelle, non orientée, non compatissante et non interventionniste, en gardant une distance et une neutralité bienveillantes.
Le service d'écoute psychologique n'est pas à confondre avec le travail psychothérapeutique effectué en face à face. En aucun cas le service ne s'autorise à débuter une psychothérapie par téléphone.

Si vous avez besoin d'une prise en charge psychologique plus poussée, vous serez mis en relation avec un psychologue en ville.
Les appels traités par les écoutants font l'objet de la plus totale confidentialité, conformément au Code de déontologie de la profession des psychologues cliniciens.

• SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT

Le service d'accompagnement intervient directement à votre demande.
Ce service a pour but de vous apporter une aide dans la vie de tous les jours
Face à un aléa de santé suite à :

- un conflit, un différend, un litige en rapport avec son état de santé, une complication temporaire,
- une perte d'autonomie potentielle ou avérée,
- une perte d'autonomie permanente ou temporaire.

Ces états peuvent être générés par un accident, une maladie… Ou en cas d'arrêt de travail. Nous vous indiquons des exemples de situation qui peuvent nécessiter une aide :

- suite à un accident, l'adaptation de l'habitat et/ou des conditions de travail,
- une affection chronique avec hospitalisations répétées,
- un stress professionnel,
- une détresse psychique engendrée à la suite d'un accident ou d'une maladie ou suite au décès d'un proche.

Le service d'accompagnement permet :

- de vous informer,
- d'évaluer vos besoins,
- d'analyser votre situation,
- de vous proposer des solutions et des moyens à mettre en œuvre.

Ce service d'accompagnement met à votre disposition une équipe de spécialistes qui peuvent être : un conseiller santé, une assistante sociale, un médecin.

Dispositions générales
Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Par ailleurs, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence.

Étude, évaluation de la situation
L'équipe du service accompagnement, grâce à ses spécialistes, analyse les conséquences de cette perte d'autonomie ou de votre arrêt de travail et recherche les moyens d'y faire face.

✓ Rôle du régulateur médico-social
Le régulateur médico-social est votre interlocuteur privilégié. Il s'appuie sur les compétences des autres spécialistes du service accompagnement afin :

- de détecter les difficultés auxquelles le bénéficiaire est confronté,
- d'analyser sa situation tant au niveau des aides nécessaires au quotidien (transport, hébergement, aide à domicile…) qu'aux moyens de les financer.

✓ Rôle de l'assistante sociale
L'assistante sociale apporte son soutien logistique par sa connaissance des droits aux prestations, des démarches et des dossiers sociaux à constituer.
Elle établit avec vous un bilan budgétaire permettant, d'une part de déterminer les ressources existantes ou potentielles dont vous disposez, et d'autre part, d'évaluer les dépenses destinées à la mise en place des services à mettre en œuvre.

✓ Rôle du médecin
Le médecin a pour fonction d'analyser, de préconiser et de proposer les différentes solutions adaptées et existantes en prenant en compte les contingences et impératifs de votre état de santé. Le médecin privilégie les structures locales compétentes. A défaut, elles seront régionales ou nationales. Ces solutions respecteront toujours la déontologie médicale.

Ce médecin peut être amené à consulter votre (ou vos) médecin(s) traitant(s) afin de mieux cerner les solutions.

Chacun des spécialistes du service est soumis au secret professionnel, aucun d'entre eux ne peut se substituer aux intervenants habituels : médecin traitant…

• AIDE ET ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉMARCHES

Après l'étude définie ci-avant et en fonction des besoins analysés, les spécialistes du service accompagnement déterminent les différents moyens, notamment budgétaires, dont vous pourriez disposer.
✓ Les démarches à effectuer
Le service accompagnement vous expose les démarches administratives ou médicales à effectuer. Il vous indique où et comment se procurer les documents nécessaires ainsi que le délai moyen pour les obtenir.

✓ Mise à disposition de courriers types
Afin de faciliter et d'accélérer les demandes, le service accompagnement met à votre disposition des courriers types nécessaires pour formuler votre demande vis-à-vis des différents organismes.

✓ Accompagnement dans la constitution de dossiers
À votre demande et pour votre compte exclusivement, le service accompagnement peut contacter les différentes structures ou administrations afin d'obtenir les documents nécessaires et pouvoir envisager l'obtention des aides. Il peut également organiser pour votre compte les différents rendez-vous ou consultations.

Préconisation médico-sociale
Suite à l'évaluation de votre situation, le service accompagnement sera amené à vous préconiser des solutions adaptées qui vous seront explicitées.
L'ensemble des propositions constitue la préconisation médico-sociale que vous êtes libre d'accepter ou non, et ce, en tout ou partie.
La préconisation médico-sociale comporte 2 volets : les aides et le financement.
Le service accompagnement, grâce à ses réseaux, dispose de l'ensemble des moyens afin de mettre en place les solutions proposées et acceptées.
Ces moyens se déclinent dans des domaines tels que :

- le transport : ambulance, V.S.L., taxi, train…,
- l'hébergement, l'aménagement de l'habitat, l'appareillage…,
- les aides à la personne à domicile : garde-malade, garde d'enfant, auxiliaire de vie, aide-ménagère…,
- les maisons de retraite médicalisées ou non, les centres de convalescence, de rééducation…,
- le portage et l'acheminement d'éléments de confort ou de loisirs (livres, vidéos…),
- les services à domicile (coiffeur, repas…),
- l'organisation de sorties ou de loisirs en déplacement.

Chacun des services proposés selon les disponibilités locales, fait l'objet de l'estimation financière indispensable, cohérente avec les moyens et les aides dont vous disposez. Le coût de cette prestation restant à votre charge, le service organise et met en place les solutions dès l'obtention de votre accord.

Suivi
Quelle que soit la solution proposée, le service vous suit au quotidien tant qu'aucune solution satisfaisante n'est mise en œuvre pour vous aider à faire face à votre perte d'autonomie et vous permettre ainsi de retrouver une certaine indépendance.

4.4 - SERVICE ITELIS
Vous bénéficiez de nombreux avantages dans les domaines suivants : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive.

Mode d'emploi
1 - Localisez le partenaire le plus proche :

- Par internet depuis l'espace du gestionnaire de santé
- Par téléphone en appelant le centre de gestion au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant

2 - Présentez au partenaire votre carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis,
3 - Demandez à bénéficier des avantages du réseau Itelis.

4.5 - 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 du gestionnaire de santé

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.

4.6 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE
La « Téléconsultation » est une garantie 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 télémédecine, 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, 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 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 enrgistrera votre demande et vous mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procèdera à la Téléconsultation.
La vidéoconférence permet de compléter la communication téléphonique par une communication visuelle. Les images de la vidéoconférence 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'examens 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'Equipe 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
A 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
A votre demande, l'Equipe 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'Equipe 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 7 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.

4.7 - 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 connaitre 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 justificatifs susvisés sont à adresser à :

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

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
La médecine douce	
Activité physique adaptée	La prescription d'un médecin traitant mentionnant « Activité physique adaptée », l'original de la facture, et l'attestation de la présence du bénéficiaire
Dans tous les autres cas	L'original de la facture avec le n°ADELI du praticien
La pédicure-podologie	
L'original de la facture avec le n°ADELI du praticien	
La prévention	
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture
Bilan et consultation, prescrits par un médecin chez un diététicien	La prescription médicale et l'original de la facture
La radiologie, le dépistage de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité sociale	L'original de la facture
Le test Septine 9	L'original de la facture
Les analyses biologiques, le dépistage de l'hépatite B	L'original du décompte de la Sécurité sociale
Détartrage sus et sous gingival	L'original du décompte de la Sécurité sociale
Le bilan personnalisé de prévention des cancers et maladie cardiovasculaires	L'original de la facture s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale
Les frais de transports	
L'original du décompte de la Sécurité sociale	
La pharmacie	
Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	L'orignal du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant)
Les médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture
Les substituts nicotiniques	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou la prescription médicale et l'original de la facture s'ils n'ont pas été remboursés par la Sécurité sociale
Le dentaire	
Dans tous les cas	L'original du décompte de la Sécurité sociale
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
L'optique	
Pour les lunettes ou implant intraoculaire multifocal	L'original de la facture mentionnant la correction visuelle et type de verre Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau partenaire
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
Pour les traitements de la DMLA	La prescription médicale et l'original de la facture
Dans tous les cas	L'original du décompte de la Sécurité sociale
L'auditif	
Pour les prothèses auditives qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale	La prescription médicale et l'original de la facture
Dans tous les autres cas	L'original du décompte de la Sécurité sociale En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires
Les appareillages et prothèses diverses (autre que les prothèses dentaires et auditives)	
Pour les prothèses capillaires non prises en charge par la Sécurité sociale	La prescription médicale et l'original de la facture
Dans tous les cas	L'original du décompte de la Sécurité sociale En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée. Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires
L'hospitalisation	
Selon la facturation dont relève l'établissement	Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, L'orignal 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 cures thermales	
L'original du décompte de la Sécurité sociale L'original des factures	

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,
- 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 1er janvier de chaque année :
  - selon l'âge de chaque Assuré, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime,
  - suite à une évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) (l'évolution retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la CSBM tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la 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 1er 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 en tant que gestionnaire avec une faculté de règlement fractionné mensuel, trimestriel ou semestriel (les droits associatifs de 1,50 € par assuré 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.

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, bénéficient des dispositions fiscales de la Loi N° 94-0126 du 11/02/94 et de son décret d'application N° 94-775 du 5/09/94 (Loi Madelin), à condition que :
• le contrat soit "Responsable",
• les revenus soient déclarés au titre des BNC ou BIC,
• les limites de déductibilité fiscale soient respectées (Article 154bis du Code Général des Impôts).

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 Attitude 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 édictées par l'Union européenne, le Royaume-Uni ou les Etats-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 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 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* ».

ANNEXE - SURCOMPLÉMENTAIRE

Tableau des prestations

Tous les remboursements interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire Osalys Attitude de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies et des frais justifiés réellement engagés.

MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES POSTES NE RESPECTANT PAS LE DPTAM
Sur la formule Éco : + 100% BR sur DPTAM et non DPTAM **Sur les formules Option 1 à Option 5** : Alignement des garanties non DPTAM sur les garanties DPTAM
MEILLEURE PRISE EN CHARGE DU POSTE HOSPITALISATION
Sur les frais de séjour en cas d'hospitalisation, y compris en cas d'hospitalisation à domicile : + 100% BR **Sur la chambre particulière** : + 20 €/jour **Pour votre confort hospitalier** (pour l'ensemble des dépenses de téléphone, télévision, internet, service de conciergerie : coiffure, soins d'esthétique, pédicure, nettoyage de vêtements) : 100 €/an
MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA PRÉVENTION
Complément forfaitaire pour l'ensemble des vaccins prescrits par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment recommandés aux voyageurs* : + 15 €/an **Meilleure prise en charge du sevrage tabagique** : + 20 €/an **Meilleure prise en charge des séances chez un diététicien** : + 1 séance (Formules Éco et Option 1 : 40 €/séance, max 1 séance) **Meilleure prise en charge de la médecine douce** : + 15 €/séance (Formules Éco et Option 1 : 15 €/séance, max 1 séance) * Rage, Typhoïde, Hépatite A, Méningite à méningocoques, Encéphalite à tiques, Encéphalite japonnaise, Fièvre jaune)

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat Osalys Attitude surcomplémentaire vient en complément de la garantie Osalys attitude. 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 à la surcomplémentaire Osalys Attitude est indissociable de l'adhésion à la garantie Osalys Attitude dit « contrat de base ». Le contrat Surcomplémentaire est composé de la demande d'adhésion, du certificat d'adhésion et de la présente notice d'information.

2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion à la Surcomplémentaire est exclusivement réservée aux personnes adhérentes au contrat Osalys Attitude,

- ayant entre 55 et 75 ans (par différence de millésime) lors de l'adhésion ;
- ayant fait parvenir à l'Association une demande d'adhésion dûment complétée et signée 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 Attitude Complémentaire),
- ayant réglé la 1ère cotisation.

2.2 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

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

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 1ère cotisation ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association.

3.2 - NIVEAU DE GARANTIE

Les prestations varient selon les niveaux de garanties proposés, le détail figurant au tableau des prestations.
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 entraine la modification du niveau de garantie de la surcomplémentaire.

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

3.3 - FIN DES GARANTIES

La cessation des garanties de la complémentaire entraîne la cessation des garanties surcomplémentaires pour vous et vos ayants-droits.

Les garanties prennent fin, pour vous-même et vos ayants droit :
• en cas de résiliation de votre adhésion, en application des dispositions prévues à l'article 5 « Résiliation de l'adhésion »
• en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article 4 « 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 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. En plus de cette meilleure prise en charge des prestations des postes ne respectant pas le DPTAM, il prévoit également une meilleure prise en charge de certaines prestations des postes Hospitalisation et Prévention.
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 prestation.

ARTICLE 4 – COTISATIONS

4.1 - MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est mentionné sur la demande 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.

4.2 - ÉVOLUTIONS DES COTISATIONS

Les cotisations de la surcomplémentaire évoluent dans les mêmes conditions que les cotisations du contrat Osalys Attitude telles que définies à l'article 6.2 de la Notice d'information du contrat Osalys Attitude.

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 Attitude telles que définies à l'article 6.3 de la Notice d'information du contrat Osalys Attitude (à l'exception des droits associatifs qui ne sont dus que lors du paiement des cotisations du contrat de base).

4.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

Les conséquence du défaut de paiement des cotisations de la surcomplémentaire sont identiques aux conséquence du défaut de paiement des cotisations du contrat Osalys Attitude telles que définies à l'article 6.4 de la Notice d'information du contrat Osalys Attitude.

En cas de de suspension pour défaut de paiement des garanties du contrat Osalys Attitude, les garanties de la Surcomplémentaire sont suspendues.

4.5 - CONDITIONS DE DEDUCTIBILITE

Les garanties de la surcomplémentaire ne respectent pas les critères dits « responsables » ; les primes afférentes à ces extensions ne permettent pas leur déductibilté dans le cadre de la loi Madelin.

ARTICLE 5 – RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

La résiliation du contrat de base, pour quelque cause que ce soit, entraine 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 Attitude.

ARTICLE 6 – RENONCIATION

La renonciation au contrat de base, pour quelque cause que ce soit, entraine 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 Attitude.

LES DISPOSITIONS DES ARTICLES 9 ET 10 DE LA NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT OSALYS ATTITUDE S'APPLIQUENT SANS CHANGEMENT À LA SURCOMPLEMENTAIRE

PRÉAMBULE

La présente notice d'information reprend les conditions générales des conventions d'assistance portant le numéro 0803766 souscrite par l'Association ASAF (Association Santé et Action Familiale) et le numéro 0803767 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 bénéficier de nos services d'assistance immédiate et avant d'engager toute dépense, vous devez nous appeler :

+33 (0)1 55 92 25 99

Notre service fonctionne 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.
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'assis- tance 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 Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à un remboursement.
Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge ou remboursées, sous réserve d'envoyer les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant. AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

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 évènement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.
« Adhérent » : L'adhérent est l'assuré qui adhère à l'association AFPS et qui est couvert par un contrat d'assurance Osalys Attitude.

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.
Les Bénéficiaires sont garantis dès lors qu'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion santé délivré par l'Association.

Bénéficiaire : Chef de famille adhérent à l'association. La définition des bénéficiaires est étendue à leurs conjoints, concubins 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.

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 : Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences) entraînant par la suite une Immobilisation au domicile.

Immobilisation au Domicile : Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Maladie : Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.
Membre de la famille : Le conjoint, concubin 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.

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'habillage. Les GIR1, 2 et 3 regroupent des personnes plus dépendantes que GIR4.

Proche : Toute personne physique désignée par l'assuré ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que l'assuré.

Souscripteur : Désigne
- L'Association et Action Familiale (ASAF), association déclarée (J.0 du 05/01/1974) et régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège est situé aux Templiers – 950 route des Colles – 06410 BIOT
- L'Association Familiale de Prévoyance Sociale (AFPS), association déclarée (J.0 du 05/01/1974) et régie par la loi du 1er juillet 1901.

ARTICLE 3 – OÙ LE BÉNÉFICIAIRE EST-IL GARANTI ?

Les garanties d'assistance Rapatriement s'exercent en France.
Les autres garanties d'assistance s'exercent en France.

ARTICLE 4 – GARANTIES D'ASSISTANCE

4.1 - Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours
Pour chacune des garanties ci-dessous, **seule une intervention par an** est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, nous pouvons communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du bénéficiaire.

4.1.1. Avant hospitalisation

✓ RECHERCHE D'UNE PLACE EN MILIEU HOSPITALIER

À votre demande, et sur prescription médicale, notre équipe médicale recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tous services hospitaliers dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour de votre domicile.

4.1.2. Pendant l'hospitalisation

✓ GARDE DES ENFANTS OU PETITS ENFANTS

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :
- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- soit en acheminant les enfants ou petits-enfants au domicile d'un de vos proches,
- soit en confiant la garde de vos enfants ou petits-enfants à

votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à **75 € maximum par hospitalisation**.
Cette prestation est limitée à **40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour**. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation. Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision du service assistance.

Nous intervenons à la demande du bénéficiaire et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants ou petits-enfants.
Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

✓ GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Si personne ne peut assurer la garde de vos animaux domestiques, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge dans un rayon de 50 km de votre domicile :
- soit en organisant le transfert et la garde des animaux jusqu'à la pension la plus proche du domicile
- soit en organisant le transfert des animaux au domicile d'un proche.

Les coûts de transfert ou de gardiennage des animaux sont pris en charge jusqu'à **250 € maximum par hospitalisation**.

4.1.3. Pendant ou après l'hospitalisation

✓ PRÉSENCE D'UN PROCHE À VOTRE CHEVET

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre à votre chevet pendant votre immobilisation.
Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 € par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).
Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.
Cette garantie est accordée si aucun membre de votre famille ne se trouve dans un rayon de 50 km de votre lieu de domicile ou de celui du bénéficiaire concerné.

✓ AIDE-MÉNAGÈRE À DOMICILE

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre hospitalisation.
Nous limitons toutefois cette aide **à une période maximale de 40 heures.** La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder **quarante heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour**.

✓ ORGANISATION DES SERVICES

À votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (Les moyens seront mis en œuvre, par notre équipe médicale, en fonction de votre état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, soutien pédagogique, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.
Le coût de la garantie reste à votre charge.

4.1.4. Après l'hospitalisation

✓ GARDE MALADE

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre hospitalisation.
Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.

✓ LIVRAISON DE MEDICAMENTS

Si vous-même ou l'un de vos proches êtes dans l'incapacité de vous déplacer, nous organisons et prenons en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à votre traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) de moins de 3 mois.
Le coût des médicaments reste à votre charge. Cette garantie est accordée dans les 30 jours suivant votre hospitalisation.

4.2 Assistance en cas de cancer

4.2.1. Pour vous soutenir au quotidien

✓ INFORMATION AERAS

Si vous avez un projet nécessitant un emprunt bancaire, nous vous accompagnons en vous informant sur la convention AERAS (Assurer un Emprunt avec un Risque Aggravé de Santé).

✓ ORGANISATION DE SERVICES

À votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (Les moyens seront mis en œuvre, par notre équipe médicale, en fonction de votre état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, soutien pédagogique, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.
Le coût de la garantie reste à votre charge.

4.2.2. Pour aider vos proches durant ce moment difficile

✓ FORMATION DE L'AIDANT DE L'ADHERENT

Si l'un de vos proches vous aide dans le cadre de votre traitement en chimiothérapie ou radiothérapie, nous l'accompagnons à sa demande en le mettant avec un organisme de formation.
Le coût de la formation reste à votre charge.

✓ SOUTIEN DE L'AIDANT

Afin de soulager votre proche dans son rôle d'aidant, nous mettons en œuvre à son attention un service d'assistance psychologique par téléphone et l'organisation de la présence d'un auxiliaire de vie.

✓ ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Vous référer à l'article « Accompagnement et soutien psychologique ».

✓ PRÉSENCE D'UN AUXILIAIRE DE VIE

À la demande de l'aidant, AXA Assistance s'engage à organiser sous 48 heures maximum la venue d'un auxiliaire de vie au domicile de l'adhérent.
Le coût de la garantie reste à votre charge.

4.3 Assistance en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie

4.3.1. Pour vous soutenir lors de ce moment difficile

✓ GARDE MALADE

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre hospitalisation.
Nous limitons toutefois cette aide à la période de **20 jours suivant l'hospitalisation**. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.
Cette prestation ne peut pas être accordée en complément de la prestation « Aide à domicile ».

✓ AIDE À DOMICILE

A votre demande, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide à domicile après chaque séance en milieu hospitalier. L'aide à domicile aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes (ménage, achats quotidiens, préparation des repas).
Nous prenons en charge **2 heures après chaque séance dans la limite de 10 séances maximum**.
Seule notre équipe médicale est habilitée à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation d'aide à domicile.
Cette prestation ne peut pas être accordée en complément de la prestation « Garde malade ».

✓ GARDE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits-enfants, de moins de 16 ans à charge, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile pour des séances de chimiothérapie, nous organisons et prenons en charge la garde de vos enfants :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- soit en acheminant les enfants ou les petits-enfants au domicile d'un de vos proches,
- soit en confiant à une personne qualifiée la garde de vos enfants ou de vos petits-enfants à votre domicile. Cette prestation est limitée à 2 heures par séance de chimiothérapie, avec un maximum de 10 séances.

Nous intervenons à la demande du bénéficiaire et ne pouvons pas être tenus pour responsables des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants ou des petits-enfants.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

✓ PRISE EN CHARGE DU CONJOINT, OU DE VOTRE ENFANT DEPENDANT

Si vous êtes aidant de votre conjoint ou de votre enfant dépendant, et que vous ne pouvez tenir votre rôle habituel auprès de cette personne dépendante dont vous avez la charge, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile pour des séances de chimiothérapie, nous organisons et prenons en charge la garde de la personne dépendante :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- soit en acheminant la personne dépendante au domicile d'un de vos proches,
- soit en confiant, à une personne qualifiée, la garde de la personne dépendante, à votre domicile.

Cette prestation est limitée à **2 heures par séance de chimiothérapie, avec un maximum de 10 séances. Dans tous les cas, notre prise en charge ne peut dépasser en valeur la somme de 500 € TTC**.

Nous intervenons à la demande du bénéficiaire et ne pouvons pas être tenus pour responsables des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde de la personne dépendante.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des personnes dépendantes au domicile d'un proche par du personnel qualifié. Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision du service assistance.

Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, le concubin.

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 2ème ou 3ème 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 incapacité permanente d'au moins 80%,
- si la personne dépendante est votre fils ou fille, faire parvenir au service d'assistance un extrait d'acte de naissance permettant de justifier votre lien de filiation,
- si la personne dépendante est votre conjoint, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou votre concubin, faire parvenir au service d'assistance un certificat de mariage, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun permettant de justifier votre lien.

4.4 Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile

Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix dès que votre état de santé le permet.

La décision de vous rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous vous dirigeons alors :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à votre état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de votre domicile,
- soit vers votre domicile.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.

4.5 Assistance en cas de perte définitive partielle de mobilité

En cas de perte définitive d'une partie de votre mobilité nous mettons à votre disposition un service de conseil téléphonique sur l'aménagement de l'habitat et nous pouvons vous orienter vers des professionnels pour intervention à votre domicile.

Les frais de déplacement et interventions des professionnels restent à votre charge.

4.6 Exclusions à la garantie Assistance en cas de déplacement

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

- les affections bénignes traitables sur place,
- 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 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 convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- 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 contrôles et/ou traitements d'une affection qui ont été programmés avant le départ du domicile sur le lieu du séjour,
- les examens au titre d'un dépistage (prévention, check-up, amniocentèses),
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les affections psychiatriques, les syndromes dépressifs et leurs conséquences.

4.7 Exclusions communes à toutes les garanties

Outre les exclusions précisées ci avant, sont également exclues toutes conséquences :

- résultant 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 ;
- de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs;
- d'effets nucléaires radioactifs ;
- des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir ;
- de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- les frais non justifiés par des documents originaux ;

• les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

ARTICLE 5 – RESPONSABLILITÉ

5.1 Responsabilité d'AXA Assistance

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens. AXA Partners 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.

5.2 Exonération de responsabilité

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 6 – SUBROGATION DANS LES DROITS DE L'ASSURÉ

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

ARTICLE 7 – PRISE D'EFFET - DURÉE - RÉSILIATION

Les garanties d'assistance sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du contrat d'assurance OSALYS ATTITUDE.
Elles cessent leur effet de plein droit, sans autre avis, à la date à laquelle le contrat d'assurance OSALYS ATTITUDE prend fin pour quelque raison que ce soit.

ARTICLE 8 – 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 reconnait 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 9 – 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 dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation écrite, 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, 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 10 – 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 fausse 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 11 – 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 12 – 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

OFF521/20210101

ASAF & AFPS
Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) – **Action Familiale de Prévoyance Sociale** - Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 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 : 969500JYOZHAIBIU3513 - 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.