

NOTICE D'INFORMATION

valant conditions générales

Osalys Seniors 2

Complémentaire Santé

Préambule	p.3
Lexique	p.3
Tableau des prestations	p.4
Article 1 – Objet du contrat	p.6
Article 2 – Modalités d'adhésion au contrat	p.6
2.1. Conditions d'adhésion	
2.2. Durée et renouvellement de l'adhésion	
Article 3 – Les garanties	p.6
3.1. Date d'effet des garanties	
3.2. Changement de niveau de garantie	
3.3. Descriptif des garanties	
3.4. Exclusions et limitations	
3.5. Territorialité	
Article 4 – Services	p.7
4.1. Télétransmission et Tiers Payant	
4.2. Prise en charge	
Article 5 – Modalités d'obtention des remboursements	p.7
Article 6 – Cotisations	p.8
6.1. Montant des cotisations	
6.2. Evolutions des cotisations	
6.3. Modalités de paiement des cotisations	
6.4. Conséquence du défaut de paiement	
Article 7 – Dispositions diverses	p.8
7.1. BNC & BIC	
7.2. Modifications législatives et réglementaires	
Article 8 – Résiliation de l'adhésion	p.8
Article 9 – Renonciation	p.9
Article 10 – Démarchage Téléphonique	p.9
Article 11 – Expertises - Justificatifs	p.9
Article 12 – Subrogation	p.9
Article 13 – Prescription	p.9
Article 14 – Réclamations	p.10
Garanties Assistance	p.11

PRÉAMBULE

Le contrat **OSALYS SENIORS 2** 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 - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX, auprès de AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. NANTERRE ou de AXA Assurances Vie Mutuelle – Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes – Siren 353 457 245 – Entreprises régies par le Code des assurances, dont les sièges sociaux se trouvent : 313, Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE Cedex appelées ci-après « l'Assureur ».

L'Adhérent adhère audit contrat au moyen de la demande d'adhésion dans les conditions décrites dans la présente notice d'information valant conditions générales. Les déclarations des Adhérents servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets du Code des assurances.

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

Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 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.

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 61 rue Taitbout – 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.

ASSURÉ

Personne sur laquelle repose 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 (BR)

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

CONTRAT RESPONSABLE

La loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie). Dans ce cas, les garanties du contrat prévoient les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions et prend en charge au minimum deux prestations de prévention fixées par la réglementation. Elles prévoient également des plafonds et des plafonds en optique ainsi que la prise en charge :

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

En revanche, elles ne remboursent pas :

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

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉ (DPTAM)

Un dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat proposé par la Sécurité sociale aux médecins leur proposant de limiter leurs

dépassements d'honoraires en contrepartie d'un certain nombre d'avantages. Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) sont deux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

FAMILLE

Le chef de famille, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) et les enfants fiscalement à charge jusqu'à 20 ans.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

HOSPITALISATION

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

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MALADIES INFECTIEUSES

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

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 €

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

RESTE 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.

SÉJOURS SPÉCIALISÉS

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

TICKET MODÉRATEUR

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

TABLEAU DES PRESTATIONS

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des niveaux de garantie le parcours d'un contrat "Responsable".

▶ Adhésion sans QS limitée à partir de 55 ans		
HOSPITALISATION	1	2
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100%	100%
Honoraires des médecins : ayant adhéré à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100% 100%	125% ⁽¹⁾ 105% ⁽¹⁾
Chambre particulière (limitée à 60 jours en séjours spécialisés) ⁽²⁾	30€/jour	45€/jour
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Confort Hospitalier (téléphone, télévision, internet, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs)	50€ ⁽²⁾	75€ ⁽²⁾
Transport ambulance	100%	100%
Hospitalisation à domicile	100%	125%
DENTAIRE		
Actes, soins, chirurgie	100%	125%
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire bonus fidélité à partir de la 3 ^{ème} année	125% 50€ ⁽²⁾	150% 75€ ⁽²⁾
Limite annuelle prothèses dentaires remboursées ⁽³⁾	les deux 1 ^{ères} années à partir de la 3 ^{ème} année	-
Prothèses et orthodontie non remboursées par le régime obligatoire, parodontologie et implantologie	50€ ⁽²⁾	75€ ⁽²⁾
OPTIQUE MÉDICALE (limité à un équipement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue ; un équipement comprend les verres et la monture ; le remboursement de la monture ne peut excéder 150 €)		
Equipe ment à 2 verres simples	pour les 2 premières années d'adhésion à partir de la 3 ^{ème} année	75€ ⁽⁴⁾ 125€ ⁽⁴⁾
Equipe ment à 1 verre simple et 1 verre complexe/ très complexe	pour les 2 premières années d'adhésion à partir de la 3 ^{ème} année	125€ ⁽⁴⁾ 175€ ⁽⁴⁾
Equipe ment à 2 verres complexes ou très complexes	pour les 2 premières années d'adhésion à partir de la 3 ^{ème} année	200€ ⁽⁴⁾ 300€ ⁽⁴⁾
Lentilles prescrites (remboursées ⁽⁵⁾ ou non remboursées par le régime obligatoire)	75€ ⁽²⁾	125€ ⁽²⁾
Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive)	75€ ⁽²⁾ par œil	125€ ⁽²⁾ par œil
SOINS COURANTS		
Honoraires des médecins : ayant adhéré à l'un des DPTAM n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100% 100%	125% 105%
Radiologie, petite chirurgie et actes techniques médicaux des médecins : ayant adhéré à l'un des DPTAM n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100% 100%	125% 105%
Auxiliaires médicaux - laboratoires	100%	100%
Pharmacie et homéopathie remboursées par le régime obligatoire	100%	100%
APPAREILLAGE		
Prothèses auditives (appareil, réparation, pile)	100% + 150€ ⁽²⁾	100% + 250€ ⁽²⁾
Orthopédie, Appareillage, Prothèses (hors prothèses dentaires et auditives)	100%	125%
PRÉVENTION & BIEN ETRE		
Médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire : Ostéopathe, Chiropracteur, Pédicure, Podologue, Acupuncteur, Homéopathe (toutes séances confondues)	50€ ⁽²⁾	75€ ⁽²⁾
Prévention : pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, sevrage tabagique, traitement des troubles de l'andropause ou de la ménopause, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'ostéoporose	50€ ⁽²⁾	75€ ⁽²⁾
SERVICES +		
Cure thermale	100% + 50€ ⁽²⁾	100% + 75€ ⁽²⁾
Aide aux obsèques (si décès avant 70 ans) ⁽⁶⁾	-	100€
Soins à l'étranger (voir CG Article 3.5 Territorialité)	100%	100%
Garanties assistance	Incluses	Incluses
Exonération et/ou remboursement de la cotisation si hospitalisation égale ou supérieure à 9 nuits consécutives suite à un accident ⁽⁶⁾	Garantie	Garantie

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en euros ou une combinaison des deux (les pourcentages intègrent les remboursements du régime obligatoire; les forfaits exprimés en euros viennent en complément des remboursements du régime obligatoire). Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises médicales, 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.

**Adhésion sans QS limitée à partir de 55 ans**

	3	4	5
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
100%	100%	100%	100%
150% ⁽¹⁾ 130% ⁽¹⁾	200% ⁽¹⁾ 180% ⁽¹⁾	250% ⁽¹⁾ 200% ⁽¹⁾	
55€/jour	65€/jour	75€/jour	
Frais réels	Frais réels	Frais réels	
100€ ⁽²⁾	150€ ⁽²⁾	200€ ⁽²⁾	
100%	100%	100%	
150%	200%	250%	
DENTAIRE			
150%	200%	250%	
175% 100€ ⁽²⁾	200% 100€ ⁽²⁾	250% 100€ ⁽²⁾	
800€ ⁽²⁾ 2100€ ⁽²⁾	800€ ⁽²⁾ 2100€ ⁽²⁾	800€ ⁽²⁾ 2100€ ⁽²⁾	
100€ ⁽²⁾	150€ ⁽²⁾	200€ ⁽²⁾	
OPTIQUE MÉDICALE			
150€ ⁽⁴⁾ 200€ ⁽⁴⁾	175€ ⁽⁴⁾ 250€ ⁽⁴⁾	200€ ⁽⁴⁾ 275€ ⁽⁴⁾	
180€ ⁽⁴⁾ 280€ ⁽⁴⁾	200€ ⁽⁴⁾ 300€ ⁽⁴⁾	250€ ⁽⁴⁾ 350€ ⁽⁴⁾	
250€ ⁽⁴⁾ 350€ ⁽⁴⁾	275€ ⁽⁴⁾ 375€ ⁽⁴⁾	325€ ⁽⁴⁾ 450€ ⁽⁴⁾	
150€ ⁽²⁾	175€ ⁽²⁾	200€ ⁽²⁾	
150€ ⁽²⁾ par œil	175€ ⁽²⁾ par œil	200€ ⁽²⁾ par œil	
SOINS COURANTS			
150% 130%	200% 180%	250% 200%	
150% 130%	200% 180%	250% 200%	
125%	125%	150%	
100%	100%	100%	
APPAREILLAGE			
100% + 350€ ⁽²⁾	100% + 450€ ⁽²⁾	100% + 550€ ⁽²⁾	
150%	200%	250%	
PRÉVENTION & BIEN ETRE			
100€ ⁽²⁾	150€ ⁽²⁾	200€ ⁽²⁾	
100€ ⁽²⁾	150€ ⁽²⁾	200€ ⁽²⁾	
SERVICES +			
100% + 100€ ⁽²⁾	100% + 150€ ⁽²⁾	100% + 200€ ⁽²⁾	
200€	300€	400€	
100%	150%	150%	
Incluses	Incluses	Incluses	
Garantie	Garantie	Garantie	

**Renforcez vos niveaux de garanties selon vos besoins**

Renforts possibles sur les niveaux de garantie 2 à 5. Ces renforts sont cumulables.

**Renfort Hospi Code H (adhésion possible jusqu'à 80 ans)**

Honoraires médicaux et chirurgicaux **+ 50 %*** (1)
(taux de remboursement global plafonné à 200 % pour les médecins n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM)

* sur la base de remboursement du Régime Obligatoire

**Renfort Optique / Dentaire Code OD**

Complément pour verres complexes et très complexes **+ 75 €** (4)

Complément pour prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire **+ 100 €** (2)

**Renfort Appareillage/Aide à la santé Code AP**

Complément pour orthopédie, appareillage, prothèses (hors prothèses dentaires et auditives) **+ 150 €** (2)

Prévention : pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, sevrage tabagique, traitement des troubles de l'andropause ou de la ménopause, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'ostéoporose

+ 50 € (2)

Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries (pour les adultes uniquement)

(1) Le premier mois d'assurance, le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident.

(2) par année civile et par assuré.

(3) seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.

(4) par équipement.

(5) le ticket modérateur des lentilles remboursées est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.

(6) réservés aux assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin ».

Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat.

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.

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 :

- au moins 55 ans à l'adhésion (âge par différence de millésime),
- 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,
- réglé la 1^{ère} cotisation incluant les droits d'entrée,
- 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 RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

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

ARTICLE 3 - LES GARANTIES

3.1. DATE D'EFFET DES GARANTIES

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

3.2. 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.

3.3. DESCRIPTIF DES GARANTIES

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau des prestations. Ce dernier, qui fait partie intégrante de la présente notice d'information, détaille le montant des remboursements selon le niveau de garantie souscrit ; certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes :

3.3.1. HOSPITALISATION

Chambre particulière : Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Le remboursement est exclu dans les cas de cure thermale.

Forfait journalier hospitalier : Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Confort hospitalier : Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

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

3.3.2. OPTIQUE MÉDICALE

La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans, le point de départ pour le renouvellement étant la date du 1^{er} équipement. Cette période est réduite à un an en cas d'évolution de la vue. Dans ce cas, le remboursement sera effectué sur présentation de l'ancienne et de la nouvelle prescription médicale attestant du changement de correction.

3.3.3. SERVICES +

Aide aux obsèques (si prévue dans la garantie souscrite et réservée aux Assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin ») : En cas de décès d'un Assuré, nous remboursons les frais d'obsèques à la personne justifiant les avoir payés, **dans la limite du montant prévu au tableau des prestations**, sur présentation de la copie d'une pièce d'identité, de la facture acquittée des frais d'obsèques et de l'acte de décès (ou copie du livret de famille) de l'Assuré.

Une convention de tiers-payant sur les frais d'obsèques a été signée avec la Fédération Nationale des Pompes Funèbres. Un bon de prise en charge peut être délivré sur demande écrite du (ou des) héritiers(s) **dans la limite du montant prévu au tableau des prestations** (se renseigner).

Exonération (ou remboursement) de la cotisation (réservée aux Assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin ») : L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu en cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint inscrit, pour une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives (c'est la date d'entrée de l'hospitalisation qui est retenue pour l'année civile). Cette hospitalisation doit être la conséquence directe d'un accident et débiter dans un délai de 90 jours à dater dudit évènement.

3.3.4. RENFORTS

Options "Renfort" (renforts accessibles pour tous les niveaux de garanties sauf le niveau « 1 ») : L'adhésion à ces différents renforts peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2). Elle permet d'améliorer le niveau de remboursement de certaines prestations prévues dans le niveau de garantie souscrit et définies en annexe du tableau des prestations.

- Optique/Dentaire (Code OD)
- Hospitalisation (Code H) : **souscription limitée à 80 ans**
- Appareillage/Aide à la santé (Code AP)

Ces renforts « Optique/Dentaire », « Hospitalisation » et « Appareillage/Aide à la santé » peuvent se cumuler entre eux.

Un assuré peut prétendre bénéficier d'un ou plusieurs de ces renforts seulement si la mention R (renfort) et le ou les code(s) de ces différents renforts figurent sur le certificat d'adhésion.

3.4. EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

3.4.1. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus de tout remboursement :

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

3.4.2. 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.
- La garantie « exonération de la cotisation » pour les assurés bénéficiaires de la « Loi Madelin ».

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.

3.5. TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en FRANCE et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire français prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en FRANCE et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE. Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.

ARTICLE 4 - SERVICES

4.1. TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS PAYANT

Condition à respecter pour les deux services ci-dessous : adresser à l'Association la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille inscrits au contrat.

4.1.1. TÉLÉTRANSMISSION AVEC LES C.P.A.M., LA RAM ET LA MSA

Les décomptes de remboursement des Assurés bénéficiaires de ces régimes obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Association directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Assuré à l'Association. Dans ce cas, la mention du type « ...transmis par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire... » doit figurer sur votre décompte.

L'Assuré peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Association, mettre fin à ces transmissions.

4.1.2. TIERS PAYANT SANTÉ

Il permet à l'Assuré de ne pas faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Il fonctionne sur simple présentation de l'Attestation de Tiers Payant Santé (ATPS) et il permet de bénéficier, 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, 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 : prothèses.
- Optique : verres, montures, lentilles(*) et chirurgie réfractive prescrites médicalement.
(*) lentilles acceptées ou non par le régime obligatoire.
- Appareillage : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

ARTICLE 5 - MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS

Si l'Assuré bénéficie de la télétransmission (Voir Article 4.1.1), ses remboursements s'effectueront automatiquement, à l'exception des séjours hospitaliers. A défaut de télétransmission, ainsi que dans le cas d'une hospitalisation, il devra adresser à ASAF & AFPS - Service Prestations - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX :

- dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :
 - Les décomptes délivrés par le régime obligatoire.
 - Les notes d'honoraires, factures acquittées et détaillées.
- dans les 3 mois qui suivent l'évènement :
 - Les justificatifs acquittés des dépenses concernant la rubrique Confort hospitalier.

- En cas d'implants, de parodontie ou de prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire : la facture acquittée et détaillée.
- Pour les actes de « PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE » et/ou « SERVICES + » dont les remboursements sont en Euros : la facture acquittée et détaillée.
- Pour obtenir l'EXONÉRATION (OU REMBOURSEMENT) DE LA COTISATION suite à un accident ayant entraîné une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives, vous devez fournir les pièces suivantes :
 - une demande d'exonération sur papier libre,
 - le bulletin de situation de l'établissement hospitalier avec date d'entrée et de sortie,
 - un certificat médical de constatation d'accident précisant : la date de l'accident ayant entraîné l'hospitalisation, l'historique et la cause initiale de cet accident, ainsi que la mention « causé par un tiers » si tel est le cas.
 L'ensemble de ces pièces devra être adressé au centre de gestion de l'Association à l'attention du Médecin Conseil.

ARTICLE 6 - COTISATIONS

6.1. MONTANT DES COTISATIONS

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

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

6.2. ÉVOLUTIONS DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent :

- au 1^{er} janvier de chaque année :
 - selon l'âge de chaque Assuré, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime,
 - suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
 - suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'adhérents. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.
- au 1^{er} janvier de chaque année ou éventuellement en cours d'année : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

6.3. MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète au siège de l'Association avec une faculté de règlement fractionné mensuel, trimestriel ou semestriel (les droits associatifs de 1,50 € par assuré sont à ajouter au tarif mensuel). En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

6.4. CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

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

- adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure.
- suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette mise en demeure restée sans effet.
- résilier le contrat et radier l'Adhérent 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours (Article L. 113-3 du Code des assurances).

La suspension ou la résiliation de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Association. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge de l'Adhérent.

ARTICLE 7 - DISPOSITIONS DIVERSES

7.1. BNC & BIC

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente notice d'information par les Travailleurs Non Saliés 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 154 bis du Code général des impôts).

7.2 - 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.

ARTICLE 8 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat et à l'Association, par lettre recommandée adressée à l'Association, avec un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale (1^{er} janvier).

L'Adhérent peut également résilier son adhésion :

- lors d'un changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, en cas de retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation doit être demandée à l'Association par lettre recommandée avec avis de réception dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.

- en cas de désaccord quant aux modifications des dispositions contractuelles ou de la portée des engagements de l'Association, l'Adhérent a le droit de mettre fin à son adhésion en envoyant à l'Association une lettre recommandée dans les quinze jours suivant la date à laquelle il a pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet 30 jours après l'expédition de la lettre recommandée.
- en cas de décès de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée de plein droit : s'il y a d'autres Assurés, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.

ARTICLE 9 - 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 de renonciation, l'adhérent est tenu au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'Association si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenu pendant le délai de renonciation.

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. 121-20-11 du Code de la consommation si cette date est postérieure à la date de réception du certificat d'adhésion.**

L'Adhérent qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

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.

Cette faculté de renonciation peut être exercée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au plus tard dans le délai de 14 jours indiqué ci-dessus et adressée à : ASAF & AFPS - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX.

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

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion OSALYS SENIORS 2 n° _____ conclue auprès du cabinet _____ en date du _____ et pour laquelle j'ai versé _____€. Cette renonciation entraîne le remboursement des sommes versées, sous réserve des prestations éventuellement réglées au cours de la période, dans les 30 jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée.

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

ARTICLE 10 - 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.

ARTICLE 11 - 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.

ARTICLE 12 - 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.

ARTICLE 13 - PRESCRIPTION

Conformément à l'Article L. 114-1 du Code des assurances, « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Conformément à l'Article L. 114-2 du Code des assurances, « la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

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

ARTICLE 14 - RÉCLAMATIONS

Pour toute difficulté, contactez votre interlocuteur ASAF & AFPS par email contact@gieps.fr ou par courrier (ASAF & AFPS - 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX). Il est à votre disposition pour répondre à vos demandes d'informations et traiter vos éventuelles réclamations dans un délai maximum de deux (2) mois.

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 (950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX). En dernier ressort, écrivez à la Direction Relations Clientèle de l'assureur à l'adresse suivante : AXA France - Direction Relations Clientèle - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez bien sûr faire appel gratuitement au Médiateur de la FFSA, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante 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 1 - OBJET

La présente notice d'information reprend les conditions générales des conventions d'assistance portant le numéro 0802935 souscrite par l'Association ASAF (Association Santé et Action Familiale) et le numéro 0802936 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 2 - DÉFINITIONS

2.01. SOUSCRIPTEUR : GIEPS/ASAF & AFPS - 950 Route des Colles Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX.

2.02. AXA ASSISTANCE/NOUS : 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.

2.03. 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.

2.04. BÉNÉFICIAIRES/VOUS : L'adhérent chef de famille à l'Association, souscripteur du contrat d'assurance santé OSALYS SENIORS 2 et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS. Leurs ascendants vivant au domicile de l'adhérent. Ces bénéficiaires sont garantis dès lors qu'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion santé **OSALYS SENIORS 2** délivré par l'Association.

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

2.06. TERRITORIALITÉ : Les garanties s'exercent en France, à Andorre, à Monaco, dans les Départements d'Outre Mer et les Territoires d'Outre Mer. La garantie « Rapatriement sanitaire » s'exerce dans le Monde entier.

2.07. FRANCE : France métropolitaine

2.08. 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.

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

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

2.11. 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.

2.12. HOSPITALISATION : Séjour prévu ou imprévu, supérieur à 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

2.13. IMMOBILISATION AU DOMICILE : Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave prescrite par une Autorité médicale.

2.14. 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.

2.15. ÉQUIPE MÉDICALE : Structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

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

2.17. ANIMAUX DOMESTIQUES : Désigne le chien et/ou chat qui appartient au Bénéficiaire 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.**

2.18. FRANCHISE : Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

2.19. FAIT GÉNÉRATEUR : Maladie, accident.

2.20. DÉPLACEMENT : Désigne les déplacements à titre privé effectué dans la Territorialité. A l'Etranger seuls les Déplacements de moins de 90 jours consécutifs sont garantis.

2.21. ÉTRANGER : tout pays en dehors du pays du Domicile de l'Assuré.

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

2.23. MEMBRE DE LA FAMILLE : Le conjoint de droit ou de fait ou toute personne qui est liée à l'Assuré par un Pacs, ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint, ses frères et sœurs.

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

2.25. TITRE DE TRANSPORT : Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.

ARTICLE 3 – DÉFINITIONS DES GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ

3.01. PACK ASSISTANCE HOPITAL

1 - Avant l'Hospitalisation (selon l'Article 2.12) : aide au choix d'un établissement hospitalier

En fonction du lieu de votre Domicile, du type de pathologie et de critères de qualité officiels des établissements publics ou privés, Axa Assistance vous communique une liste comportant au moins trois établissements correspondant à vos besoins. **La garantie est acquise au bénéficiaire avant tout Hospitalisation.**

2 - Pendant l'Hospitalisation : garde et transferts des Animaux domestiques

Si vous êtes hospitalisés et que vos Animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, nous organisons et prenons en charge dans un rayon de 50 km du Domicile de l'assuré (sans pouvoir les cumuler) :

- soit le transfert et la garde des Animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du Domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 € par événement et pour l'ensemble des Animaux,
- soit le transfert des Animaux (maximum 2) au Domicile d'un Proche.

Cette garantie est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par année civile.

3 - Après l'Hospitalisation : aide ménagère et garde malade

Aide-ménagère : Dès le retour à votre Domicile et pendant les 20 jours qui suivent, nous organisons et prenons en charge les services d'une aide ménagère à votre Domicile qui vous aidera dans les tâches du quotidien.

Cette prestation vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de deux heures consécutives par jour.

Elle est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Garde malade : Dès le retour à votre Domicile, si personne ne peut assurer votre garde, et pendant les 20 jours qui suivent, nous organisons et prenons en charge les services d'une garde-malade si votre état le justifie.

Cette prestation vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de quatre heures consécutives par jour.

Elle est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par Bénéficiaire et par année d'assurance.

Seule l'équipe médicale d' AXA Assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère ou de la garde malade après analyse de votre situation.

Pour bénéficier de ces prestations, vous devez :

- contacter le service assistance,
- obtenir l'accord de l'équipe médicale avant d'engager toute dépense,
- formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

3.02. CONSEIL À L'AMÉNAGEMENT DE L'HABITAT

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.

3.03. RECHERCHE DE PRESTATAIRES

1 - Livraison de courses ou de médicaments et soins de pédicures ou de kinésithérapie

En sortie d'Hospitalisation, nous vous mettons en relation avec :

- des prestataires assurant la livraison de courses à votre Domicile, le portage de médicaments (sous réserve de disponibilités locales, la prescription médicale doit être inférieure à 24h),
- des Pédicures-Podologues et des Kinésithérapeutes.

Le coût des courses, médicaments, déplacement et plus largement les frais de mise en oeuvre de ces services restent à votre charge.

Ces prestations sont limitées aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter le service assistance,
- formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

2 - Aide à la recherche de personnel de remplacement

En cas de Maladie ou d'Hospitalisation ne vous permettant pas d'assurer la continuité de votre activité professionnelle, nous vous aidons dans la recherche de personnel de remplacement.

Le coût résultant de la mise en oeuvre de ce service reste à votre charge.

3.04. GARANTIES D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

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

1 - Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation en fonction.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA Assistance.

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

2 - Retour des Assurés

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

3 - Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale Sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

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

3.05. GARDE DE PERSONNE DÉPENDANTE

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

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

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

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

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter le service assistance avant d'engager toute dépense,
- si la personne dépendante a plus de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant de la perception de l'Allocation pour Adulte Handicapé (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 (APA) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %,
- si la personne dépendante est votre père, mère, fils ou fille, faire parvenir au service d'assistance un extrait d'acte de naissance permettant de vérifier votre lien de filiation,
- si la personne dépendante est votre conjoint, faire parvenir au service d'assistance un certificat de mariage, de Pacs ou de concubinage permettant de justifier votre lien.

3.06. INFORMATION SANTÉ JURIDIQUE

Nous mettons à votre disposition un service d'informations juridiques accessible de 9h à 19h du lundi au vendredi, sauf les jours fériés, dans les domaines suivants :

Régime de protection social et retraite, assurance maladie ;

Démarches administratives ;

Accidents du travail, maladie professionnelles, médecines légales ;

Sport et santé ;

Services d'urgence, hôpital (fonctionnement, droit des malades)

Dons d'organes, transplantations et greffes, transfusions sanguines,

Associations de patients,

Gériatries, aide au maintien à domicile des personnes âgées, établissements spécialisés,

Habitation, impôts, fiscalité, assurance vie ;

Assurance vie, famille, adoption, successions, prestations familiales, congés parentaux, allocations.

Selon les cas, nous pouvons avoir à nous documenter et à vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations.

ARTICLE 4 - EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions légales et outre les éventuelles exclusions spécifiques précitées, sont exclus :

- Les interruptions volontaires de grossesse ;
- Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- Les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- Les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.
- les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant son Déplacement ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le Déplacement de l'Assuré ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce Contrat ;

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

- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les

exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;

- de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- la mobilisation générale ;
- toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;
- tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;
- toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;
- les catastrophes naturelles ;
- les conséquences de l'action des forces de la nature ;
- les épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale ;
- tous les cas de force majeure.

ARTICLE 5 - CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

5.01. LIMITATION DE RESPONSABILITÉ

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.

5.02. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

ARTICLE 6 - CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

6.01. VALIDITÉ DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date de déclaration du Souscripteur et pendant toute la durée de l'adhésion du Bénéficiaire pour autant que les garanties de la présente convention soient acquises au souscripteur.

6.02. MISE EN JEU DES GARANTIES

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge.

AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

En cas d'événement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :

- par téléphone : 01 55 92 25 99

- par télécopie : 01 55 92 40 50

- par télégramme : « AXA Assistance France Assurances »

6 rue André Gide - 92320 Châtillon

6.03. PROCÉDURE DE DÉCLARATION DE SINISTRE

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, le Bénéficiaire doit avertir AXA Assistance et faire sa

déclaration de sinistre accompagnée de toutes les pièces justificatives.

Cet envoi doit être adressé à : AXA Assistance - Service Gestion des Sinistres - 6 Rue André Gide - 92328 Châtillon

Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans les garanties d'assistance entraîne la déchéance à tout droit de remboursement.

Le remboursement s'effectue sur présentation de factures originales établies par des organismes agréés et reconnus localement.

Le remboursement se fait exclusivement au Bénéficiaire, ou à ses ayants droit, après réception par AXA Assistance de son dossier complet.

AXA Assistance se réserve le droit de soumettre, à ses frais, le Bénéficiaire à un contrôle médical sous pli confidentiel transmis par lettre recommandée avec avis de réception.

6.04. ACCORD PRÉALABLE

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

6.05. DÉCHÉANCE DES GARANTIES

Le non respect par le Bénéficiaire de ses obligations envers AXA Assistance en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

ARTICLE 7 - CADRE JURIDIQUE

7.01. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques avec les services d'AXA Assistance pourront être enregistrées.

Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le Bénéficiaire informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans les présentes Conditions générales.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par la convention.

Ces informations sont destinées à l'usage interne d'AXA Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc.

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 à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.

Les données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude que la CNIL a autorisé AXA Assistance à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, vous pouvez vous y opposer en écrivant à : Service Juridique d'AXA Assistance - 6, rue André Gide - 92320 Châtillon.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant, en vous adressant au Service Juridique d'INTER PARTNER Assistance - 6, rue André Gide - 92320 Châtillon.

7.02. SUBROGATION

INTER PARTNER Assistance est subrogée dans les droits et

actions de toute personne physique ou morale, Bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

7.03. PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires de droit commun visée ci-après :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de la saisine de la juridiction est annulé par le fait d'un vice de procédure ;
- 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 des causes spécifiques au contrat d'assurance visée ci-après :

- 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.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

La prescription est également suspendue lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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.

7.04. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, les Assurés s'adressent en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, les Assurés peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse

suivante :

AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle
6, rue André Gide - 92320 Châtillon

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

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

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, les Assurés 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

7.05. RÈGLEMENT DES LITIGES

Tout litige se rapportant à la présente convention et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties sera porté devant la juridiction compétente.

7.06. AUTORITÉ 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 61, rue Taitbout – 75 009 Paris.

Plus d'informations sur :
www.asaf.asso.fr ou www.afps.asso.fr

ASAF & AFPS

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - 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 00037 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) – Sièges sociaux : 950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX – **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 n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) – **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 – Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex – Entreprises régies par le Code des assurances – **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.