

NOTICE D'INFORMATION



Osalys 100% Santé 2

Complémentaire Santé & Surcomplémentaire

Préambule	p.3
Lexique	p.3
Tableau des garanties	p.6
Article 1 – Objet du contrat	p.10
Article 2 – Modalités d'adhésion au contrat	p.10
2.1. Conditions d'adhésion	
2.2. Durée et renouvellement de l'adhésion	
Article 3 – Les garanties	p.10
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.12
4.1. Télétransmission et tiers-payant	
4.2. Prise en charge	
4.3. Service Itelis	
4.4. Service Hospiway	
4.5. Téléconsultation médicale	
4.6. Accompagnement MyEasySanté	
4.7. Assistant personnel de santé (Angel)	
Article 5 – Modalités d'obtention des remboursements	p.15
Article 6 – Cotisations	p.16
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.17
Article 8 – Renonciation	p.17
Article 9 – Réclamations	p.18
Article 10 – Dispositions diverses	p.18
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.19
Garanties Assistance	p.21

PRÉAMBULE

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

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

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

Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par 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'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - Secteur Assurance, située 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

LEXIQUE

ACCIDENT

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

ACTES MÉDICAUX ET CONSULTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS

Sont visés :

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

La majoration de participation et les dépassements d'honoraires autorisés liés au non respect du parcours de soins sont remboursables en partie selon le tableau des 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 sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

CONTRAT NON RESPONSABLE

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

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

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

CONTRAT RESPONSABLE

La Loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie). Dans ce cas, les garanties du contrat prévoient les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions 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 et des médicaments remboursés à 15% et 30%.
- du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, sans aucune limitation de durée.

Elles respectent 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 entraînés par son hospitalisation.

HOSPITALISATION

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

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

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

SURCOMPLÉMENTAIRE

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

TICKET MODÉRATEUR

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

100% SANTÉ

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

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

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

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

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

TABLEAU DES GARANTIES

Osalyz 100% Santé 2

TABLEAU DES GARANTIES

HOSPITALISATION

HOSPITALISATION	100	125	150	200	250	300	400
Honoraires des médecins ayant adhéré au DPTAM n'ayant pas adhéré au DPTAM	100% 100%	125%(1) 105%(1)	150%(1) 130%(1)	200%(1) 180%(1)	250%(1) 200%(1)	300%(1) 200%(1)	400%(1) 200%(1)
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels						
en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels						
Chambre particulière (y compris ambulatoire) non remboursée par le régime obligatoire	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
Lit accompagnant , enfant ou adulte, non remboursé par le régime obligatoire (dans la limite de 15 jours/an/bénéficiaire)	limitée à 30 jours/an/bénéficiaire en séjours spécialisés						
	10 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
TRANSPORT SANITAIRE							
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%

SOINS COURANTS

	100	125	150	200	250	300	400
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré au DPTAM n'ayant pas adhéré au DPTAM	100% 100%	125% (2) 105% (2)	150% (2) 130% (2)	200% (2) 180% (2)	250% (2) 200% (2)	300% (2) 200% (2)	400% (2) 200% (2)
Analyse et examens de laboratoire : biologie, analyse médicale	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : Appareillages ou prothèses (hors lunettes et aides auditives) tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables du régime obligatoire	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Bonus Fidélité à partir de la 3^{ème} année	+15 € par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75 €)						
Cure thermale : soins lors de cures prescrites et remboursés par le régime obligatoire.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecine douce : (ostéopathe, psychologue, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, étioopathe, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe) non remboursée par le régime obligatoire	100 €/an	125 €/an	150 €/an	175 €/an	200 €/an	225 €/an	250 €/an
Médicaments et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire							
Bonus Fidélité à partir de la 3^{ème} année	+15 € par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75 €)						
Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) et non remboursés par le régime obligatoire	50 €/an	70 €/an	90 €/an	110 €/an	130 €/an	150 €/an	170 €/an

SOINS À L'ÉTRANGER

	100	125	150	200	250	300	400
Soins à l'étranger	100%	100%	150%	150%	200%	200%	200%

OPTIQUE

	100	125	150	200	250	300	400
Équipement 100% Santé (3) Lunettes 100% santé verres et montures de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Équipement à tarifs libres (3) Forfait lunettes à 2 verres simples classe B (4) Forfait lunettes avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B (4) Les forfaits en euros intègrent les remboursements du régime obligatoire	85 € 210 €	135 € 235 €	185 € 260 €	235 € 310 €	285 € 385 €	335 € 460 €	385 € 560 €
Bonus Fidélité chez partenaires ITELIS à partir de la 3^{ème} année	+15 € par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75 €) (5)						
Équipement panaché (3) Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% santé et équipements à tarifs libres (par exemple monture 100% santé + 1 verre tarif libre + 1 verre tarif 100% santé), les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Si la monture est à tarifs libres, son remboursement ne peut excéder 100 €.							
Lentilles (6)	30 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €

TABLEAU DES GARANTIES - suite

DENTAIRE

	100	125	150	200	250	300	400
Soins : consultations et soins, inlay-onlay, chirurgie, parodontologie remboursée	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Soins et prothèses 100% Santé Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à la Notice d'information pour trouver les références précises à la réglementation)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Autres prothèses (prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres) Elles incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur 2 ^{ème} prémolaires et molaires, certains bridges, certains appareils amovibles, les implants et d'autres prothèses définis comme ayant des tarifs limités ou libres par la réglementation	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Limite annuelle (7)				1 200 € 1 800 €	1 500 € 2 000 €	1 800 € 2 300 €	2 000 € 2 500 €
							1 ^{ère} et 2 ^{ème} année 3 ^{ème} année et plus
Orthodontie	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Bonus Fidélité à partir de la 3^{ème} année	+30 € tous les ans pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 150 €)						
Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire : prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie	Non pris en charge	Non pris en charge	100 €/an	125 €/an	150 €/an	175 €/an	200 €/an

AIDES AUDITIVES

	100	125	150	200	250	300	400
Équipement 100% Santé Aides auditives 100% Santé (classe I) (8)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Aides auditives à tarifs libres (classe II) (8) Les forfaits en euros sont par oreille et intègrent les remboursements du régime obligatoire							Adulte (>20 ans) Enfant
	400 € 1 400 €	500 € 1 700 €	600 € 1 700 €	700 € 1 700 €	800 € 1 700 €	950 € 1 700 €	1 100 € 1 700 €
Réparation et piles pour appareil auditif	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%

ASSISTANCE ⁽⁹⁾

	100	125	150	200	250	300	400
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 30 heures						
Garde des enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 40 heures						
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 20 heures						
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures						
Garde des animaux pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 230 €						
Soutien pédagogique suite à une immobilisation au domicile	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois						
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24H ou pendant son immobilisation	Par évènement dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours						
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 30 km du domicile						
Retour des assurés	Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, prise en charge du retour au domicile des autres assurés						





EXONÉRATION ET/OU REMBOURSEMENT DE COTISATION

	100	125	150	200	250	300	400
Si hospitalisation de plus de 9 nuits consécutives suite à un accident (réservé aux assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin »)	garantie						

(1) Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué (en cas de reprise à la concurrence c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des prestations). Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés. (2) Consultation psychiatrie et neuropsychiatrie limitée à 8 par an et par bénéficiaire. Au-delà seul le ticket modérateur est pris en charge. (3) La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans (sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, elle est alors limitée à une paire par an). La modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1^{er} équipement. Pour les assurés presbytes ne voulant pas ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. (4) Le forfait lunettes inclut le remboursement de la monture et des verres. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 €, même si le forfait dépasse ce montant. (5) Le montant remboursé pour un équipement est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables. (6) Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par le régime obligatoire. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par le régime obligatoire est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. (7) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite. (8) La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Pour les aides auditives à tarifs libres, conformément à la réglementation des contrats responsables, la prise en charge est limitée à 1700 € par oreille. Ce plafond est calculé en tenant compte du remboursement du régime obligatoire. (9) Se reporter aux conditions des garanties Assistance en page 23.

RENFORTS

RENFORTS

	CONFORT	TRANQUILLITÉ	SÉRÉNITÉ
	↓	↓	↓
 Hospitalisation : honoraires des médecins ayant adhéré ou non au DPTAM (la prise en charge est toujours limitée à 200% du tarif de Sécurité Sociale si le médecin n'a pas adhéré au DPTAM).	+25 % (10)	+50 % (10)	+100 % (10)
Complément chambre particulière (y compris en ambulatoire) Les limitations de durée en séjour spécialisé restent celles des niveaux de garantie	-	+10 €	+20 €
Confort hospitalier (Wifi, TV, téléphone, frais de transport des visiteurs)	10 €/jour limité à 15 jours/an	10 €/jour limité à 20 jours/an	10 €/jour limité à 30 jours/an
 Forfait naissance et cure thermale	+50 €	+100 €	+150 €
Analyses biologiques et radiologie non remboursées par le régime obligatoire / dépistage de l'ostéoporose, du cancer du côlon et du cancer du col de l'utérus / bilan nutritionnel	+50 €	+75 €	+100 €
Matériel médical : Appareillages ou prothèses (hors lunettes et aides auditives) tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables du régime obligatoire	-	+50 €	+100 €
Médecine douce, médicaments et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire	-	+50 €	+100 €
 Optique : Equipements à tarifs libres (quelle que soit la correction) Le détail du remboursement par niveau de garantie est indiqué dans la page suivante.	-	+50 €	+100 €
Bonus fidélité à partir de la 3ème année	+15 € par an en 3ème et 4ème année - soit un bonus maximal acquis de 30€		
Le montant remboursé pour un équipement est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.			
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser non remboursée par le régime obligatoire / implants intra oculaires, traitement de la DMLA par compléments en Oméga 3	200 €	300 €	400 €
 Prothèses dentaires à tarifs limités ou à tarifs libres	+25 %	+50 %	+100 %
Bonus Fidélité à partir de la 3ème année	+15% par an en 3ème et 4ème année -soit un bonus maximal acquis de 30%		
Orthodontie remboursée par le RO	+25 %	+50 %	+100 %
Bonus Fidélité à partir de la 3ème année	+15% par an en 3ème et 4ème année - soit un bonus maximal acquis de 30%		
Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire : prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie	+200 €	+300 €	+400 €

SURCOMPLÉMENTAIRE

Tous les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire Osalys 100% SANTÉ 2 de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies à la souscription de la surcomplémentaire (cf. annexe page 21) et des frais justifiés réellement engagés.

SURCOMPLÉMENTAIRE

	\$ 100	\$ 125	\$ 150	\$ 200	\$ 250	\$ 300	\$ 400
Consultations, honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins ayant adhéré au DPTAM	+100%	+100%	+100%	+100%	+50%	Pas de majoration	Pas de majoration
n'ayant pas adhéré au DPTAM	+100%	+120%	+120%	+120%	+100%	+100%	+200%

(10) pour les honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM du niveau 100, les majorations de remboursement sont plafonnées à +5% pour le renfort confort, + 30% pour le renfort tranquillité et +80% pour le renfort sérénité

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

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

ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES

Le montant remboursé pour un équipement reste limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables selon la combinaison de verres.

AVEC RENFORT TRANQUILLITÉ

Type d'équipement	100	125	150	200	250	300	400
Forfait lunettes avec 2 verres simples de classe B	135 €	185 €	235 €	285 €	335 €	385 €	420 €
Forfait lunettes avec 1 verre simple et 1 verre complexe de classe B	260 €	285 €	310 €	360 €	435 €	510 €	560 €
Forfait lunettes avec 1 verre simple et 1 verre très complexe de classe B	260 €	285 €	310 €	360 €	435 €	510 €	610 €
Forfait lunettes avec 2 verres complexes de classe B	260 €	285 €	310 €	360 €	435 €	510 €	610 €
Forfait lunettes avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe de classe B	260 €	285 €	310 €	360 €	435 €	510 €	610 €
Forfait lunettes avec 2 verres très complexes de classe B	260 €	285 €	310 €	360 €	435 €	510 €	610 €

AVEC RENFORT SÉRÉNITÉ

Type d'équipement	100	125	150	200	250	300	400
Forfait lunettes avec 2 verres simples de classe B	185 €	235 €	285 €	335 €	385 €	420 €	420 €
Forfait lunettes avec 1 verre simple et 1 verre complexe de classe B	310 €	335 €	360 €	410 €	485 €	560 €	560 €
Forfait lunettes avec 1 verre simple et 1 verre très complexe de classe B	310 €	335 €	360 €	410 €	485 €	560 €	610 €
Forfait lunettes avec 2 verres complexes de classe B	310 €	335 €	360 €	410 €	485 €	560 €	660 €
Forfait lunettes avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe de classe B	310 €	335 €	360 €	410 €	485 €	560 €	660 €
Forfait lunettes avec 2 verres très complexes de classe B	310 €	335 €	360 €	410 €	485 €	560 €	660 €

DÉFINITIONS

Verres simples :

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

Verres complexes :

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

Verres très complexes :

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

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

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

- 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.

2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

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

- ayant moins de 91 ans (par différence de millésime) lors de l'adhésion
- étant affiliée à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale suivant :
 - régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés ;
 - régime Alsace-Moselle ;
 - régime des salariés agricoles et des exploitants agricoles.
- ayant fait parvenir à l'Association une demande d'adhésion dûment complétée et signée mentionnant chaque membre de la famille inscrit, ainsi que le niveau de garantie choisi pour l'ensemble de la famille,
- ayant réglé la 1^{ère} cotisation incluant les droits d'entrée,
- ayant acquitté les droits associatifs dont les montants sont précisés à l'Article 6.3 de la présente notice d'information.

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

2.2 - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

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

ARTICLE 3 – LES GARANTIES

3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

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 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 un an au moins après l'adhésion au contrat ; par la suite, aucune diminution ou augmentation d'un niveau de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

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

3.3 - FIN DES GARANTIES

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

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

La cessation des garanties pour vous entraîne la cessation des garanties pour vos ayants droit. Toutefois, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues pour lui et vos enfants.

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

3.4 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

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. Dans le cadre de la réforme dite 100% santé et en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre des équipements 100% santé sont intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente fixés pour ce dispositif et après déduction des remboursements des régimes obligatoires. La prise en charge de ces frais s'effectue selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

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

Est considéré comme fait générateur :

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

Certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes.

3.4.1 – HOSPITALISATION

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

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

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

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

Confort hospitalier (si souscription du renfort Confort, Tranquillité ou Sérénité) : Remboursement pour toute hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et psychiatrie).

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

3.4.2 – SOINS COURANTS

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

3.4.3 – OPTIQUE MÉDICALE

Depuis le 1^{er} janvier 2020 :

- les équipements dans le cadre du 100% santé sont intégralement pris en charge par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'acte en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
- les équipements à tarifs libres sont remboursés dans les limites et montants prévus au tableau de prestation, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite fixée pour ce type d'acte en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.
- dans le cas d'un panachage entre équipements 100% santé et équipements à tarifs libres (par exemple une monture 100% santé + 1 verre tarif libre + 1 verre tarif 100% santé), les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé par les équipements 100% santé. Si la monture est à tarifs libres, son remboursement ne peut excéder 100 €.
- la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus. Elle est limitée à une paire par an pour les enfants de 15 ans et moins en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. La prise en charge peut être plus fréquente en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement*.

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

3.4.4 – DENTAIRE

Depuis le 1^{er} janvier 2020 :

- les prothèses dans le cadre du 100% santé sont prises en charge intégralement par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'actes en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
- les prothèses dans le cadre des équipements tarifs maîtrisés sont prises en charge dans les limites et montants prévus au tableau de prestation, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite des prix de vente fixée pour ce type d'actes en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
- les prothèses dans le cadre des équipements tarifs libres sont prises en charge dans les limites et montants prévus au tableau de prestation, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire.

3.4.5 – AIDES AUDITIVES

Depuis le 1^{er} janvier 2021 :

- les aides auditives dans le cadre du 100% santé sont intégralement prises en charge par les garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente fixée pour ce type d'acte en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
- les aides auditives à tarifs libres sont remboursées dans les limites et montants prévus au tableau de prestation, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite fixée pour ce type d'actes en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
- la prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans, conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

3.4.6 – DIVERS

Exonération (ou remboursement) de la cotisation (réservée aux Assurés non bénéficiaires de la « Loi Madelin ») : L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu en cas d'hospitalisation de l'Adhérent ou de 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 débuter dans un délai de 90 jours à dater dudit événement).

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

3.4.7 – RENFORTS

L'adhésion à l'un de ces différents renforts optionnels s'applique obligatoirement pour l'ensemble de la famille et peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2). Elle permet d'améliorer le niveau de remboursement de certaines prestations prévues dans le niveau de garantie souscrit et définies en annexe du tableau des prestations.

Option « Renfort Confort » : L'adhésion à cette option peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2). Cette option Confort permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau souscrit pour :

- les honoraires médicaux (lors d'une hospitalisation) ;
- les équipements optique à tarifs libres, l'orthodontie et les prothèses à tarifs libres et/ou limités.

Elle prévoit également :

- des prestations relatives au confort hospitalier ;
- un forfait naissance et cure thermique ;
- un forfait relatif aux analyses biologiques et radiologies non remboursées par le régime obligatoire ;
- des remboursements pour certaines prestations optiques non remboursées par le régime obligatoire.

Option «Renfort Tranquillité» ou option «Renfort Sérénité» : L'adhésion à l'une de ces options peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2). Ces options permettent d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau souscrit pour :

- les honoraires médicaux (lors d'une hospitalisation) ;
- la chambre particulière ;
- les équipements optique à tarifs libres, l'orthodontie et les prothèses à tarifs libres et/ou limités ;
- la médecine douce et les médicaments et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire.

Elles prévoient également :

- des prestations relatives au confort hospitalier ;
- un forfait naissance et cure thermique ;
- un forfait relatif aux analyses biologiques et radiologies non remboursées par le régime obligatoire ;
- des remboursements pour certaines prestations optiques non remboursées par le régime obligatoire ;
- un forfait pour le matériel médical.

Les renforts Confort, Tranquillité et Sérénité ne sont pas cumulables.

3.5 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

3.5.1 - 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 la participation de l'adhérent,
 - 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.

3.6 - TERRITORIALITÉ

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

ARTICLE 4 – SERVICES

4.1 - TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS-PAYANT

Condition à respecter pour les deux services ci-dessous : adresser à l'Association, 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, chambre particulière et lit accompagnant (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée).
- Dentaire : orthodontie, prothèses, implants et parodontologie.
- Optique : verres, montures et lentilles acceptées par le régime obligatoire, ainsi que l'opération au laser, le traitement DMLA et les implants intraoculaires multifocaux s'ils sont prévus dans le tableau des prestations.
- Matériel médical : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

4.3 - SERVICE ITELIS

Vous bénéficiez de nombreux avantages dans les domaines suivants : optique, dentaire, audioprothèse.

Mode d'emploi

1 - Localisez le partenaire le plus proche :

- Par internet depuis l'Espace client personnalisé
- Par téléphone en appelant le centre de gestion au numéro figurant sur votre Attestation de Tiers Payant Santé

2 - Présentez au partenaire votre carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis,

3 - Demandez à bénéficier des avantages du réseau Itelis.

4.4 - SERVICE HOSPIWAY

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

Ce site propose :

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

4.5 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

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

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

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

Définitions

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

Médecin : Médecin généraliste

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

Objet

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

Mise en œuvre de la garantie

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

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

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

Téléconsultation

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

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

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

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

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

La vidéoconférence permet de compléter la communication téléphonique par une communication visuelle. Les images de la

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

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

Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

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

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

Dans le cas où L'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

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

Orientation

À votre demande, l'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.

4.6 - ACCOMPAGNEMENT EASY SANTÉ

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

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

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

4.7 ASSISTANT PERSONNEL DE SANTE (ANGEL)

L'Assistant personnel de santé (ANGEL) est un service mis à votre disposition ou celle de vos éventuels ayants droit afin de vous apporter des réponses documentées aux questions d'ordre général sur la santé ou d'ordre administratif que vous vous posez.

4.7.1 DESCRIPTION ET MODALITÉ D'UTILISATION

Le service Angel est une offre multicanale, accessible :

- par le biais d'une messagerie instantanée installée dans un site internet : Angel.fr
- par le biais du téléphone, en composant le : 36 33.

Le service Angel reste ouvert 24/7 permettant de poser vos questions à tout moment. Une réponse vous sera apportée par l'équipe Angel du lundi au samedi de 9h00 à 19h00.

En tant que Bénéficiaire, vous êtes le seul habilité à pouvoir poser une question sur votre espace Angel.

L'équipe Angel répond :

- à vos questions d'ordre générale sur la santé ;
- à vos questions d'ordre social et administratif ;
- à vos questions d'ordre psychologique ;
- à vos questions portant sur la nutrition.

L'intervention de l'Équipe Angel se limite à donner des informations objectives sans que l'objet de ce service ne soit de favoriser une automédication.

4.7.2 ORIENTATION

L'Équipe d'Angel peut vous aider à exercer votre libre choix en matière médical en vous conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé.

Pour répondre à votre besoin et si nécessaire, l'assistant personnel de santé peut également permettre la mise en relation avec l'équipe médicale d'AXA Assistance telle que prévue à l'article 4.5 de la présente notice relatif à la téléconsultation.

4.7.3 EXCLUSIONS

SONT EXCLUS DU SERVICE ANGEL :

- les diagnostics d'ordre médical et personnel ;
- les questions administratives relatives aux contrats de santé (remboursement et devis).

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 le régime obligatoire.

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

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

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

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
La médecine douce	
Pour tous les praticiens	L'original de la facture avec le n°ADELI du praticien
La prévention	
Vaccins non pris en charge par le régime obligatoire et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture
La radiologie, le dépistage de l'ostéoporose non pris en charge par le régime obligatoire	L'original de la facture
Les analyses biologiques non remboursées par le régime obligatoire	L'original de la facture
Les frais de transports	
L'original du décompte du régime obligatoire	
La pharmacie	
Les médicaments pris en charge par le régime obligatoire	L'original du décompte du régime obligatoire (sauf si vous utilisez le tiers payant)
Les médicaments non pris en charge par le régime obligatoire et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture
Les substituts nicotiniques	L'original du décompte du régime obligatoire ou la prescription médicale et l'original de la facture s'ils n'ont pas été remboursés par la Sécurité sociale
Le dentaire	
Dans tous les cas	L'original du décompte du régime obligatoire
Pour les prothèses ou actes de parodontologie	L'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées

L'optique	
Pour les lunettes ou implants intraoculaires	L'original de la facture mentionnant la correction visuelle et type de verre Le cas échéant, une demande de prise en charge
Pour les lentilles	L'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) et pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par le régime obligatoire 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 du régime obligatoire et l'original de la facture
L'auditif	
Dans tous les cas	L'original du décompte du régime obligatoire En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée Le cas échéant, une demande de prise en charge
Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives)	
Dans tous les cas	L'original du décompte du régime obligatoire En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée Le cas échéant, une demande de prise en charge
L'hospitalisation	
Selon la facturation dont relève l'établissement	Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire L'original de la facture L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement
Dans tous les cas	Les notes de dépassement d'honoraires
Les cures thermales	
L'original du décompte du régime obligatoire L'original des factures	
L'indemnité Naissance-Adoption	
Dans tous les cas	Un acte de naissance (ou d'adoption) ou une copie du livret de famille
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	
Dans tous les cas	Une demande d'exonération sur papier libre Un bulletin de situation de l'établissement hospitalier avec date d'entrée et de sortie Un certificat médical de constatation d'accident précisant : la date de l'accident ayant entraîné l'hospitalisation, l'historique et la cause initiale de cet accident, ainsi que la mention « causé par un tiers » si tel est le cas

Les justificatifs susvisés sont à adresser à :

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

ARTICLE 6 – COTISATIONS

6.1 - MONTANT DES COTISATIONS

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

- du niveau de garantie choisi,
- du renfort (s'il a été 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 1^{er} janvier de chaque année :
 - selon l'âge de chaque Assuré, à partir de 21 ans, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime,
 - suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
 - suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garanties ou sur un groupe d'adhérents. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.
- au 1^{er} janvier de chaque année ou éventuellement en cours d'année : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

6.3 - MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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 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 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 100% SANTÉ 2 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 États-Unis d'Amérique.

10.7 - PRESCRIPTION

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

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

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

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

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

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

l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

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

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

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

ANNEXE - SURCOMPLÉMENTAIRE

■ TABLEAU DES PRESTATIONS

Tous les remboursements interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire Osalys 100% SANTÉ 2 de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies et des frais justifiés réellement engagés.

SURCOMPLÉMENTAIRE

	S 100	S 125	S 150	S 200	S 250	S 300	S 400
Consultations, honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins ayant adhéré au DPTAM	+100%	+100%	+100%	+100%	+50%	Pas de majoration	Pas de majoration
n'ayant pas adhéré au DPTAM	+100%	+120%	+120%	+120%	+100%	+100%	+200%

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat Osalys 100% SANTÉ 2 surcomplémentaire vient en complément de la garantie Osalys 100% SANTÉ 2. 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 100% SANTÉ 2 est indissociable de l'adhésion à la garantie Osalys 100% SANTÉ 2 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 100% SANTÉ 2,

- ayant moins de 91 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 100% SANTÉ 2 Complémentaire),
- ayant réglé la 1^{ère} cotisation.

2.2 - DURÉE ET RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

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

ARTICLE 3 – LES GARANTIES

3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

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 1^{ère} 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 entraîne la modification du niveau de garantie de la surcomplémentaire.

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

3.3 - FIN DES GARANTIES

La cessation des garanties de la complémentaire entraîne la cessation des garanties surcomplémentaires pour l'Assuré et ses ayants droit.

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 » de la Surcomplémentaire.

La cessation des garanties pour vous entraîne la cessation des garanties pour vos ayants droit. Toutefois, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues pour lui et vos enfants.

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

3.4 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

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

Le contrat d'assurance surcomplémentaire ne prend pas en charge ni la majoration de la participation de l'adhérent et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds).

Les remboursements sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires et des remboursements effectués au titre du contrat de base, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau de 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 100% SANTÉ 2 telles que définies à l'article 6.2 de la Notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 2.

4.3 - MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les modalités de paiement des cotisations de la surcomplémentaire sont identiques aux modalités de paiement des cotisations du contrat Osalys 100% SANTÉ 2 telles que définies à l'article 6.3 de la Notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 2 (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 conséquences du défaut de paiement des cotisations de la surcomplémentaire sont identiques aux conséquences du défaut de paiement des cotisations du contrat Osalys 100% SANTÉ 2 telles que définies à l'article 6.4 de la Notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 2.

En cas de suspension pour défaut de paiement des cotisations du contrat Osalys 100% SANTÉ 2, 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 déductibilité 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, entraîne la résiliation de la surcomplémentaire.

L'Adhérent peut également résilier son adhésion à la surcomplémentaire sans résiliation préalable de son contrat de base, dans les conditions de résiliation telles que définies à l'article 7 de la Notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 2.

ARTICLE 6 – RENONCIATION

La renonciation au contrat de base, pour quelque cause que ce soit, entraîne la renonciation de la surcomplémentaire.

L'Adhérent peut également renoncer à son adhésion à la surcomplémentaire sans renoncer à son contrat de base, dans les conditions de renonciation telles que définies à l'article 8 de la Notice d'information du contrat Osalys 100% SANTÉ 2.

LES DISPOSITIONS DES ARTICLES 9 ET 10 DE LA NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT OSALYS 100% SANTÉ 2 S'APPLIQUENT SANS CHANGEMENT À LA SURCOMPLEMENTAIRE.

PRÉAMBULE

La présente notice d'information reprend les conditions générales des conventions d'assistance portant le numéro 0803819 souscrite par l'Association ASAF (Association Santé et Action Familiale) et le numéro 0803818 souscrite par l'Association AFPS (Action Familiale de Prévoyance Sociale) pour leurs adhérents auprès de INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance) société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque Axa Assistance.

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

ARTICLE 1 – QUE DOIT FAIRE LE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE SINISTRE ? POUR LES GARANTIES ASSISTANCE : Pour bénéficier des garanties du présent Contrat, vous devez appeler au numéro de téléphone suivant :

+33 (0)1 55 92 25 99

(numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire).

Notre équipe médicale décide, en fonction des seuls impératifs médicaux et techniques, de la nécessité et des modalités de notre intervention. Toutefois, et comme pour chaque décision vous concernant, votre accord ou celui d'un membre de votre famille est un préalable nécessaire. Vous pouvez accepter ou refuser les préconisations que nous vous faisons, mais si vous les rejetez, vos garanties d'assistance immédiate sont annulées.

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

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

Les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant à :

AXA Assistance
Service Gestion des Règlements
6, rue André Gide
92320 Châtillon

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

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

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

ADHÉRENT : L'adhérent est l'assuré qui adhère à l'association ASAF & AFPS et qui est couvert par un contrat d'assurance Osalys 100 % SANTÉ 2.

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

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

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

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

BÉNÉFICIAIRES : L'adhérent chef de famille à l'association, souscripteur du contrat d'assurance santé et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS. Leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile du souscripteur et fiscalement à sa charge. Leurs ascendants vivant au domicile du souscripteur. Les petits enfants de moins de 15 ans.

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 3 – OÙ LE BÉNÉFICIAIRE EST-IL GARANTI ?

Les garanties s'exercent en France, à Monaco, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et collectivités d'Outre-Mer.

Les garanties « Rapatriement sanitaire » et retour des assurés s'exercent dans le Monde Entier.

ARTICLE 4 – GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

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

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

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

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

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

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en FRANCE dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant de la 11^{ème} à la terminale.

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

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

Ces cours sont dispensés au 1^{er} jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant pendant 2 mois maximum, hors jours fériés et vacances scolaires. **Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.** Au delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. **Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.**

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

ARTICLE 5 – GARANTIE D'ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES

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

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

5.2 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE D'ASSISTANCE AUX

ANIMAUX DOMESTIQUES : Aucune garantie d'assistance ne pourra être accordée si le bénéficiaire n'est pas en mesure de présenter le carnet de santé et de vaccinations, de l'animal garanti, à jour conformément à la réglementation en vigueur.

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

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

ARTICLE 6 – GARANTIES D'ASSISTANCE MÉDICALE

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

6.1 - RAPATRIEMENT MÉDICAL : L'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.

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

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

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

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

ARTICLE 7 – EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

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

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;

- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.
- les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant votre séjour ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat.

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

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

ARTICLE 8 – RESPONSABILITÉ

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 10 – PRISE D'EFFET - DURÉE - RÉILIATION

Les garanties d'assistance sont acquises aux Assurés pendant toute la durée du contrat d'assurance OSALYS 100% SANTÉ 2.

Elles cessent leur effet de plein droit, sans autre avis, à la date à laquelle le contrat d'assurance OSALYS 100% SANTÉ 2 prend fin pour quelque raison que ce soit.

ARTICLE 11 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

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

- Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fins ;
- Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des

services rendus ;

- Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

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

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

Délégué à la Protection des données
AXA Assistance
6, rue André Gide 92320 Châtillon
Email : dpo.axaAssistancefrance@axa-assistance.com

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance doit solliciter son consentement. L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

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

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

Délégué à la protection des données
AXA Assistance
6, rue André Gide 92320 Châtillon
Email : dpo.axaAssistancefrance@axa-assistance.com

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

ARTICLE 12 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

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

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

AXA Partners - Service Gestion Relation Clientèle
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 dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation écrite, 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 13 – PRESCRIPTION

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

Ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé. Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription constituées par :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire

prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;

- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur.

La prescription est également interrompue par :

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

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

ARTICLE 14 – AUTORITÉS DE CONTRÔLE

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

ARTICLE 15 – COMPÉTENCE JUDICIAIRE

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

Plus d'informations sur :

asaf-afps.fr

Pour toute correspondance :

ASAF & AFPS

Les Templiers - 950 route des Colles - CS 50335
06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

OFF 625/20210826

ASAF & AFPS

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) – **Action Familiale de Prévoyance Sociale** - Association Loi 1901 - J.O. du 27/04/70 - 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: 969500JYQZHAIIBIU3513 - 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.