

# NOTICE D'INFORMATION

valant conditions générales

## Osalys Essentiel 3

Complémentaire Santé



Préambule	p.4
Lexique	p.4
Article 1 – Objet du contrat	p.8
Article 2 – Modalités d'adhésion au contrat	p.8
2.1. Conditions d'adhésion	
2.2. Durée et renouvellement de l'adhésion	
Article 3 – Les garanties	p.8
3.1. Début des garanties	
3.2. Changement de niveau de garantie	
3.3. Descriptif des garanties	
3.4. Exclusions et Limitations	
3.5. Territorialité	
Article 4 – Services	p.9
4.1. Télétransmission et tiers-payant	
4.2. Prise en charge	
Article 5 – Modalités d'obtention des remboursements	p.10
Article 6 – Cotisations	p.10
6.1. Montant des cotisations	
6.2. Evolution des cotisations	
6.3. Modalité de paiement des cotisations	
6.4. Conséquences du défaut de paiement	
Article 7 – Dispositions diverses	p.10
7.1. BNC & BIC	
7.2. Modifications législatives et réglementaires	
Article 8 – Résiliation de l'adhésion	p.10
Article 9 – Renonciation	p.11
Article 10 – Démarchage Téléphonique	p.11
Article 11 – Expertises - Justificatifs	p.11
Article 12 – Subrogation	p.11
Article 13 – Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme	p.11
Article 14 – Mesures restrictives	p.12
Article 15 – Prescription	p.12
Article 16 – Réclamations	p.12
Garanties Assistance	p.13

## PRÉAMBULE

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

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

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

Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée. En cas de résiliation du contrat, l'Assureur s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés.

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

Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - Secteur Assurance, située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

## LEXIQUE

### ACCIDENT

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

### ACTES MÉDICAUX ET CONSULTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS

Sont visés :

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

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

### ADHERENT

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

### ASSURES

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

### BASE DE REMBOURSEMENT

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

### CONTRAT NON RESPONSABLE

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

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

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

### CONTRAT RESPONSABLE

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

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

En revanche, elles ne remboursent pas :

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

### DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRES MAÎTRISÉ (DPTAM)

Un dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat proposé par la Sécurité sociale aux médecins leur proposant de limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'un certain nombre d'avantages. Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) sont deux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

## FAMILLE

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

## FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

## HOSPITALISATION

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

## MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

## MALADIES INFECTIEUSES

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

## PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 €

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

## RESTE A CHARGE

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

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

## SÉJOURS SPÉCIALISÉS





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

## TICKET MODÉRATEUR

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

## TABLEAU DES PRESTATIONS

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable" sauf si la mention "Contrat Non Responsable" est précisée sur le certificat d'adhésion.

		Adhésion sans QS	
		NON RESPONSABLE Limitée à 80 ans	
		1	2
	<b>HOSPITALISATION (y compris en maternité)</b>		
	Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels	Frais réels
	Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100%	100%
	Séjours spécialisés (forfait journalier, frais de séjour)	100% pendant 60 jours <sup>(2)</sup>	100% pendant 60 jours <sup>(2)</sup>
	Honoraires des médecins (médecins ayant adhéré ou pas à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM))	150% <sup>(1)</sup>	250% <sup>(1)</sup>
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
	Transport ambulance	100%	100%
	Hospitalisation à domicile	150%	250%
	<b>DENTAIRE</b>		
	Actes, soins et chirurgie dentaires	-	-
	Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	-	-
	Orthodontie	-	-
	<b>OPTIQUE MÉDICALE</b> (limité à un équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue ; un équipement comprend les verres et la monture ; le remboursement de la monture ne peut excéder 150 €)		
	Verres, montures	-	-
	Lentilles prescrites remboursées par le régime obligatoire <sup>(3)</sup>		
	<b>SOINS COURANTS</b>		
	Honoraires des médecins, petite chirurgie et actes techniques médicaux	-	-
	Auxiliaires médicaux	-	-
	Laboratoires - Radiologie	-	100%
	Pharmacie et homéopathie remboursées par le régime obligatoire à Service Médical Rendu majeur ou modéré (remboursée à 65% ou 35% par le régime obligatoire)	-	-
	<b>APPAREILLAGE</b>		
	Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire	-	-
	<b>SERVICES +</b>		
	Garanties assistance	Incluses	Incluses

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

(2) par année civile et par assuré

(3) le ticket modérateur des lentilles remboursées par le régime obligatoire est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé

(4) par équipement

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfaits en euros ou une combinaison des deux (les pourcentages intègrent les remboursements du régime obligatoire ; les forfaits en euros viennent en complément des remboursements du régime obligatoire).

Conformément à la réglementation, si le contrat est «Responsable», la participation forfaitaire, les franchises médicales, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

Le total des remboursements complémentaires, du régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peuvent excéder les frais justifiés réellement engagés.

**Les prestations détaillées dans le tableau ci-contre s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat.**

## Renforcez vos niveaux de garanties

<b>Adhésion sans QS</b>
<b>RESPONSABLE</b>
3
Frais réels
100%
100%
100% <sup>(1)</sup>
Frais réels
100%
100%
<b>DENTAIRE</b>
100%
100%
100%
<b>OPTIQUE MÉDICALE</b>
100%
50 € <sup>(2)</sup>
<b>SOINS COURANTS</b>
100%
100%
100%
100%
<b>APPAREILLAGE</b>
100%
<b>SERVICES +</b>
Incluses



### RENFORT HOSPITALISATION (Code H - Adhésion limitée à 80 ans)

#### NIVEAUX DE GARANTIE 1 ET 2

Honoraires des médecins ayant adhéré ou non à l'un des DPTAM **+50%\*<sup>(1)</sup>**

#### NIVEAU DE GARANTIE 3

Honoraires des médecins

- ayant adhéré à l'un des DPTAM **+50%\*<sup>(1)</sup>**
- n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM **+30%\*<sup>(1)</sup>**

#### CHAMBRE PARTICULIÈRE

Limitée à 90 jours en séjours spécialisés<sup>(2)</sup> **70 €/jour**

#### CONFORT HOSPITALIER

Téléphone, internet, télévision, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs **100 €<sup>(2)</sup>**

#### NAISSANCE - ADOPTION

Doublement du forfait en cas de naissance gémellaire **100 €**



### RENFORT OPTIQUE DENTAIRE (Code OD)

Équipement à 2 verres simples **50 €<sup>(4)</sup>**

Équipement à 1 verre simple et 1 verre complexe / très complexe **150 €<sup>(4)</sup>**

Équipement à 2 verres complexes/très complexes **200 €<sup>(4)</sup>**

Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive) **100 €<sup>(2)</sup>/œil**

Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire (prothèses, implantologie, orthodontie et paradontologie) **100 €<sup>(2)</sup>**



### RENFORT BIEN-ÊTRE (Code BE)

Médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire : Ostéopathe, Chiropracteur, Pédicure, Podologue, Acupuncteur, Homéopathe **100 €<sup>(2)</sup>**

Prévention (pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, pillule contraceptive, sevrage tabagique) **100 €<sup>(2)</sup>**

Pharmacie à Service Médical Rendu faible (remboursée à 15% par le régime obligatoire) **100%**

\* sur la base de remboursement du régime obligatoire

Renforts cumulables  
Renforts optique dentaire et bien-être impossibles sur les niveaux de garantie 1 et 2

#### DÉFINITIONS

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

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

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

## 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 ou liés à la maternité, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire.
- des dépenses de soins non prises en charge par le régime obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.

## ARTICLE 2 – MODALITÉS D'ADHÉSION AU CONTRAT

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

### 2.1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

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

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

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

### 2.2 - DURÉE ET 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<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, puis chaque année à l'échéance principale fixée au 1<sup>er</sup> janvier.**

## ARTICLE 3 – LES GARANTIES

### 3.1 - DÉBUT DES GARANTIES

#### 3.1.1 - DATE D'EFFET

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

#### 3.1.2 - PÉRIODE D'ATTENTE

Il est prévu une période d'attente de 10 mois, quel que soit le niveau de garantie, pour l'intégralité du forfait naissance-adoption. Durant cette période, le forfait est donné à raison de 10 % par mois de présence, avec un maximum de 100 % du forfait. Cette période se calcule à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion.

### 3.2 - CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

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

### 3.3 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

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

#### 3.3.1 - HOSPITALISATION

**Chambre particulière** (si souscription du renfort Hospitalisation)

Pour bénéficiaire de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Pour les séjours spécialisés, le remboursement est limité à 90 jours par année civile et par assuré. Le remboursement est exclu pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

#### **Forfait journalier hospitalier**

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

**Confort Hospitalier** (si souscription du renfort Hospitalisation)

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

**Naissance - Adoption** (si souscription du renfort Hospitalisation)

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) et sur présentation de l'acte de naissance (ou adoption) ou de la copie du livret de famille.

#### **Hospitalisation à domicile**

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

#### 3.3.2. OPTIQUE MÉDICALE (si prévue dans le niveau de garantie souscrit)

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

#### 3.3.3 - RENFORT

**Option "Renfort"** (code R)

L'adhésion à ces différents renforts est obligatoire pour l'ensemble de la famille, elle peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2). 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 Hospitalisation" (code H)**

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) jusqu'à l'âge de 80 ans (âge par différence de millésime). Cette option Renfort permet d'améliorer le remboursement prévu dans le niveau de garantie souscrit pour les honoraires médicaux et chirurgicaux en hospitalisation des médecins ayant adhéré ou non au DPTAM et prévoit des prestations relatives à la chambre particulière, au confort hospitalier et à la naissance.

#### **Option "Renfort Optique Dentaire" (code OD)**

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) pour le niveau de garantie 3. Cette option Renfort permet d'améliorer le remboursement prévu en équipement optique, pour la chirurgie réfractive et en dentaire. Elle prévoit également des remboursements pour certaines prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire.

#### **Option "Renfort Bien-être" (code BE)**

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) pour le niveau de garantie 3. Cette option Renfort prévoit des remboursements relatifs à la pharmacie à Service Médical Rendu Faible, à certaines prestations de prévention et de médecine naturelle.

Les renforts Hospitalisation, Optique-Dentaire et Bien-être sont cumulables.

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

### **3.4 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS**

#### **3.4.1 - EXCLUSIONS GÉNÉRALES**

**Sont exclus de tout remboursement :**

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

#### **3.4.2 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES**

**Sont par ailleurs exclus :**

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

#### **3.4.3. LIMITATIONS**

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

### **3.5 - TERRITORIALITÉ**

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

## **ARTICLE 4 – SERVICES**

### **4.1 - TÉLÉTRANSMISSION ET TIERS-PAYANT**

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

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

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

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

#### **4.1.2 - TIERS-PAYANT SANTÉ**

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

### **4.2 - PRISE EN CHARGE**

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

- Hospitalisation : frais de séjour dans la limite de 100 % de la base de remboursement, forfait journalier hospitalier et chambre particulière (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée).
- Dentaire : prothèses, implants et orthodontie.
- Optique : verres, montures et lentilles acceptées par le régime obligatoire, ainsi que l'opération au laser.
- Hors hospitalisation : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

## ARTICLE 5 – MODALITÉS D'OBTENTION DES REMBOURSEMENTS

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

- dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :
    - Les décomptes délivrés par le régime obligatoire,
    - Les notes d'honoraires, factures acquittées et détaillées,
  - dans les 3 mois qui suivent l'évènement :
    - Les justificatifs acquittés des dépenses concernant le rubrique Confort Hospitalier.
    - Pour le versement de l'indemnité NAISSANCE - ADOPTION : un acte de naissance (ou d'adoption) ou une copie du livret de famille.
- L'ensemble de ces pièces devra être adressé au centre de gestion à l'attention du Médecin Conseil.

## ARTICLE 6 – COTISATIONS

### 6.1 - MONTANT DES COTISATIONS

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

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

### 6.2 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent :

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

### 6.3 - MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète au siège de l'Association avec une faculté de règlement fractionné mensuel, trimestriel ou semestriel (les droits associatifs de 0,30 € par assuré de moins de 21 ans et 1,50 € par assuré de 21 ans et plus sont à ajouter au tarif mensuel).

En cas d'adhésion en cours de période, la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

### 6.4 - CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT

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

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

## ARTICLE 7 – DISPOSITIONS DIVERSES

### 7.1 - BNC & BIC

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente notice d'information par les Travailleurs Non Salariés non Agricoles, bénéficient des dispositions fiscales de la Loi N° 94-0126 du 11/02/94 et de son décret d'application N° 94-775 du 5/09/94 (Loi Madelin), à condition que :

- le contrat soit "Responsable",
- les revenus soient déclarés au titre des BNC ou BIC,
- les limites de déductibilité fiscale soient respectées (Article 154bis du Code Général des Impôts).

### 7.2 - MODIFICATIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

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

## ARTICLE 8 – RÉSILIATION DE L'ADHESION

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

L'Adhérent peut également résilier son adhésion :

- lors d'un changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation doit être demandée à l'Association par lettre recommandée avec avis de réception dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.
- en cas de désaccord quant aux modifications des dispositions contractuelles ou de la portée des engagements de l'Association, l'Adhérent a le droit de mettre fin à son adhésion en envoyant à l'Association une lettre recommandée dans les quinze jours suivant la date à laquelle il a pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet 30 jours après l'expédition de la lettre recommandée.
- en cas de décès de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée de plein droit : s'il y a d'autres Assurés, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté.

## ARTICLE 9 – RENONCIATION

**En cas d'adhésion par voie de démarchage :** les dispositions suivantes issues de l'article L112-9 du code des assurances s'appliquent : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

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

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

**En cas d'adhésion à distance :** selon l'Article L. 112-2-1 du Code des assurances, **l'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit la notice d'information et les informations conformément à l'Article L. 121-20-11 du Code de la consommation si cette date est postérieure à la date de réception du certificat d'adhésion.**

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

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

**Dans tous les cas,** l'exercice de ce droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion, mettant fin à l'ensemble des garanties, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

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

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

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion Osalys Essentiel 3 n° \_\_\_\_\_ conclue auprès du cabinet \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_ et pour laquelle j'ai versé \_\_\_\_\_€. Cette renonciation entraîne le remboursement des sommes versées, sous réserve des prestations éventuellement réglées au cours de la période, dans les 30 jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature de l'adhérent ».

## ARTICLE 10 - DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.

Pour plus d'informations, consultez le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

## ARTICLE 11 – EXPERTISES – JUSTIFICATIFS

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

## ARTICLE 12 – SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, la déclaration doit en être faite à l'Association. Après remboursement des frais de santé dans les conditions prévues au tableau des prestations, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré, conformément à l'Article L. 121-12 du Code des assurances.

## ARTICLE 13 – 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.

## ARTICLE 14 – MESURES RESTRICTIVES

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

## ARTICLE 15 – PRESCRIPTION

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

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

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

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

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

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

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

## ARTICLE 16 - RÉCLAMATIONS

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

Si, après l'avoir contacté, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Satisfaction Client ASAF & AFPS par email ([service.satisfaction@gieps.fr](mailto:service.satisfaction@gieps.fr)) ou par courrier (950 Route des Colles - Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez bien sûr faire appel gratuitement au Médiateur de la FFA, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou sur le site internet <http://www.mediation-assurance.org>. Le Médiateur formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal compétent.

**PRÉAMBULE**

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

**ARTICLE 1 – MODALITÉS ET DÉCLARATION DE SINISTRES**

**1.1 - 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). Seules les prestations d'assistance avancées par l'Assuré avec l'accord préalable d'AXA Assistance peuvent lui être remboursées, en envoyant les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant :

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

**ARTICLE 2 – DÉFINITIONS**

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

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

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

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

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

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

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

**CLIENT/VOUS** : Désigne toute personne physique entrée en relation contractuelle avec le Souscripteur pour la souscription d'un contrat d'assurance **OSALYS ESSENTIEL 3** assuré par AXA France Vie.

**DOMICILE** : Désigne le lieu de résidence principale de l'Assuré.

Il est situé en France.

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

**FRANCE** : France métropolitaine.

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

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

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

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

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

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

**SOUSCRIPTEUR** : Désigne :

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

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

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

**ARTICLE 3 – GARANTIES ASSISTANCE**

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

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

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

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

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

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

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

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

- soit leur acheminement chez un proche et celui d'un accompagnateur éventuel ;
- soit l'acheminement d'un proche au Domicile de l'Assuré ;
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la limite de 40 heures dans les 5 jours qui suivent l'Hospitalisation de l'Assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives. Cette personne qualifiée pourra accompagner les assurés à l'école.

**Cette garantie est limitée à une (1) intervention par année civile.**

Au-delà de cette intervention, AXA Assistance transmet les coordonnées d'un prestataire, les coûts de la prestation restent à la charge de l'Assuré.

**3.3 - GARDE DES ENFANTS MALADES : La garantie est acquise en cas d'immobilisation d'une durée supérieure à 8 jours consécutifs.** Lorsque l'Assuré de moins de 15 ans est immobilisé à son Domicile et que personne ne peut assurer sa garde, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1<sup>o</sup> classe
- soit les services de personnel qualifié afin d'assurer sa garde dans la limite de 40 heures dans les 10 jours qui suivent la date d'immobilisation, avec un minimum de 4 heures consécutives.

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

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

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

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

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

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

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

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

**3.6 - EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES : Outre les exclusions légales et outre les éventuelles exclusions spécifiques précitées, sont exclus :**

- 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 supporté pendant son déplacement ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le déplacement de l'Assuré ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce Contrat ;

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

- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou

de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;

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

#### ARTICLE 4 – CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Assuré 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.

#### ARTICLE 5 – CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

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

#### ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET - DURÉE - RÉILIATION

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

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

#### ARTICLE 7 – LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

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

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

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

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

dans la limite de leurs attributions respectives.

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

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

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

### **ARTICLE 8 – RÉCLAMATIONS ET DIFFÉRENDS**

En cas de réclamation concernant la mise en œuvre des garanties du Contrat, les Assurés peuvent s'adresser au :

Service Gestion Relation Clientèle  
6, rue André Gide  
92320 Châtillon.

Si un désaccord subsiste, ils peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante :

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

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.

### **ARTICLE 9 – 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 10 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

Inter Partner Assistance (AXA Assistance) est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique - TVA BE 0203.201.340 RPM Bruxelles – ( www.bnb.be). La succursale française d'IPA est soumise au contrôle prudentiel de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 61, rue Taitbout – 75 009 Paris.

Plus d'informations sur :  
[www.asaf.asso.fr](http://www.asaf.asso.fr) ou [www.afps.asso.fr](http://www.afps.asso.fr)

Pour toute correspondance :  
ASAF & AFPS  
950 route des Colles - Les Templiers - CS 50335  
06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

OFF502/20180531

## ASAF & AFPS

**Association Santé et Action Familiale** - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - n°orias : 11 059 104 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - **Action Familiale de Prévoyance Sociale** - Association Loi 1901 - J.O. du 27/04/70 - Siret 782 472 441 00037 - n°orias : 11 059 104 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - Sièges sociaux : 950 Route des Colles - Les Templiers - 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 - n°orias : 13 005 764 ([www.orias.fr](http://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.