NOTICE D'INFORMATION

valant conditions générales

Osalys TNS

Complémentaire Santé

ASAF & AFPS

SOMMAIRE

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

Article 8 – Résiliation de l'adhésion p.10

Article 9 – Renonciation p.11

Article 10 – Expertises - Justificatifs p.11

Article 11 – Subrogation p.11

Article 12 – Prescription p.11

Article 13 – Informatique et Libertés p.12

Article 14 – Réclamations p.12

Garanties Assistance p.13

PRÉAMBULE

Le contrat **OSALYS TNS** 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 : 2740, chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS, auprès de AXA France Vie - S.A au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 RCS NANTERRE ou de AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Entreprises régies par le Code des assurances, dont les sièges sociaux se trouvent : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX, appelées ci-après « l'Assureur ».

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

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

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

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

Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

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

LEXIQUE

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

ACTES MÉDICAUX ET CONSULTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS
Sont visés :
- Les actes médicaux ou consultations réalisés pour un assuré de plus de 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie.
- Les actes médicaux ou consultations réalisés et non recommandés par le médecin traitant déclaré par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse maladie.

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

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 D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)
Le contrat d'accès aux soins est conclu entre l'Assurance Maladie et des médecins libéraux du secteur 2. Il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins notamment en incitant les médecins adhérents au contrat à limiter leurs dépassements d'honoraires.

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 planchers et des plafonds en optique ainsi que la prise en charge :
• du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, à l'exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15% et 30%,
• du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, sans aucune limitation de durée.

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

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 entrainés par son hospitalisation.

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

MALADIE
Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

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

HOSPITALISATION (y compris en maternité)		1	2
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public		Frais réels	Frais réels
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé		100%	100%
Honoraires des médecins : ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)		150%[1] 130%[1]	200%[1] 180%[1]
Chambre particulière (limitée à 60 jours en séjours spécialisés)[2]		50€/jour	60€/jour
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels
Confort Hospitalier (téléphone, télévision, internet, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs)		100€[2]	150€[2]
Forfait naissance ou adoption		100€	200€
Transport ambulance		100%	100%
Hospitalisation à domicile		150%	200%
DENTAIRE			
Actes, soins et chirurgie dentaires		125%	175%
Prothèses dentaires bonus fidélité à partir de la 3 ème année		150% 50€[2]	200% 100€[2]
Limite annuelle prothèses dentaires remboursées [3]	les deux 1ères années à partir de la 3ème année	- -	1 000€[2] 1 500€[2]
Orthodontie		150%	200%
Prestations non remboursées par le régime obligatoire (prothèses, orthodontie, parodontologie et implantologie)		100€[2]	200€[2]
OPTIQUE MÉDICALE (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 €)			
Equipement à 2 verres simples	pour les 2 premières années d'adhésion à partir de la 3ème année	50€[4] 100€[4]	100€[4] 150€[4]
Equipement à 1 verre simple et 1 verre complexe/ très complexe	pour les 2 premières années d'adhésion à partir de la 3ème année	150€[4] 200€[4]	200€[4] 300€[4]
Equipement à 2 verres complexes ou très complexes	pour les 2 premières années d'adhésion à partir de la 3ème année	200€[4] 300€[4]	250€[4] 350€[4]
Lentilles prescrites remboursées [5] ou non remboursées par le régime obligatoire		50€[2]	100€[2]
Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive)		50€[2] par œil	100€[2] par œil
SOINS COURANTS			
Consultations et visites de généralistes : ayant adhéré au CAS n'ayant pas adhéré au CAS		125% 105%	125% 105%
Consultations et visites de spécialistes : ayant adhéré au CAS n'ayant pas adhéré au CAS		125% 105%	150% 130%
Radiologie, petite chirurgie et actes techniques médicaux des médecins : ayant adhéré au CAS n'ayant pas adhéré au CAS		125% 105%	150% 130%
Auxiliaires médicaux - Laboratoires		100%	125%
Pharmacie et homéopathie remboursées par le régime obligatoire		100%	100%
APPAREILLAGE			
Orthopédie, Appareillage, Prothèses autre que dentaire		125%	150%
Prothèses auditives (appareil, réparation, pile)		100% + 100€[2]	125% + 150€[2]
Prothèses liées à un traitement de chimiothérapie		50€[2]	100€[2]
PRÉVENTION & BIEN ETRE			
Pharmacie non remboursée par le régime obligatoire / vaccins		50€[2]	75€[2]
Médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire : Ostéopathe, Chiropracteur, Pédicure, Podologue, Acupuncteur, Homéopathe		100€[2]	150€[2]
Prévention & Bilan (dépistage ostéoporose, bilan nutritionnel)		50€[2]	50€[2]
SERVICES +			
Cure thermale		100%	100%
Complément cure thermale		100€[2]	150€[2]
Soins à l'étranger (voir CG Article 3.5 Territorialité)		100%	125%
Garanties assistance		Incluses	Incluses

3	4	5
Frais réels	Frais réels	Frais réels
100%	100%	100%
250%[1] 200%[1]	300%[1] 200%[1]	400%[1] 200%[1]
70€/jour	90€/jour	100€/jour
Frais réels	Frais réels	Frais réels
200€[2]	250€[2]	300€[2]
300€	350€	400€
100%	100%	100%
250%	300%	400%
DENTAIRE		
200%	250%	300%
300% 150€[2]	350% 200€[2]	400% 250€[2]
1 300€[2] 1 700€[2]	1 500€[2] 1 900€[2]	1 700€[2] 2100€[2]
300%	350%	400%
300€[2]	400€[2]	500€[2]
OPTIQUE MÉDICALE		
200€[4] 250€[4]	250€[4] 350€[4]	300€[4] 400€[4]
300€[4] 400€[4]	400€[4] 500€[4]	450€[4] 550€[4]
350€[4] 450€[4]	450€[4] 550€[4]	550€[4] 650€[4]
200€[2]	250€[2]	300€[2]
200€[2] par œil	250€[2] par œil	300€[2] par œil
SOINS COURANTS		
150% 130%	175% 155%	200% 180%
200% 180%	250% 200%	400% 200%
200% 180%	250% 200%	400% 200%
150%	175%	200%
100%	100%	100%
APPAREILLAGE		
200%	300%	400%
150% + 250€[2]	200% + 300€[2]	300% + 400€[2]
200€[2]	250€[2]	300€[2]
PRÉVENTION & BIEN ETRE		
100€[2]	150€[2]	200€[2]
200€[2]	250€[2]	300€[2]
75€[2]	100€[2]	150€[2]
SERVICES +		
100%	100%	100%
250€[2]	300€[2]	400€[2]
150%	200%	200%
Incluses	Incluses	Incluses

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

Renforcez vos niveaux de garanties selon vos besoins

Renforts possibles sur tous les niveaux de garanties.
(Adhésion limitée à 70 ans)
Un renfort Hospi peut être cumulé à un renfort Optique + Dentaire.

Renfort Hospi

	Renfort H1	Renfort H2
Honoraires médicaux et chirurgicaux (taux de remboursement global plafonné à 200% pour les médecins n'ayant pas adhéré au CAS)	+ 50%*	+ 100%*
Confort hospitalier (téléphone, TV, internet, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs)	+ 50€[2]	+ 100€[2]

Renfort Optique + Dentaire

	Renfort OD1	Renfort OD2
Complément pour verres (remboursement plafonné à 470€ pour un équipement à 2 verres simples, 610€ pour un équipement à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe)	+ 50€[4]	+ 100€[4]
Complément pour prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO	+ 50%*	+ 100%*

* sur la base de remboursement du Régime Obligatoire

Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.
Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries (pour les adultes uniquement)

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en euros ou une combinaison des deux (les pourcentages intègrent les remboursements du régime obligatoire; les forfaits exprimés en euros viennent en complément des remboursements du régime obligatoire).
Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises médicales, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.

(1) Le premier mois d'assurance, le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident.
(2) par année civile et par assuré.
(3) seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.
(4) par équipement.
(5) le ticket modérateur des lentilles remboursées est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.
(6) une fois dans la vie du contrat par évènement.

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

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

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

- de frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie, un accident 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

L'adhésion au contrat est composée 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 71 ans lors de l'adhésion (par différence de millésime),
- fait parvenir à l'Association une demande d'adhésion dûment complétée et signée mentionnant chaque membre de la famille inscrit ainsi que le niveau de garantie choisi pour l'ensemble de la famille,
- réglé les droits d'entrée et 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, à l'échéance principale, c'est-à-dire au 1er janvier de chaque année.

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 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 soumis à l'acceptation de l'Association. Ces demandes peuvent être acceptées au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat ; par la suite, aucune diminution ou augmentation d'un niveau de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

3.3 - DESCRIPTIF DES GARANTIES

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

3.3.1 - HOSPITALISATION

Chambre particulière
Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Pour les séjours spécialisés, le remboursement est limité à 60 jours par année civile et par assuré. Le remboursement est exclu dans les cas de cure thermale et pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.
Forfait journalier hospitalier
Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.
Confort Hospitalier
Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.
Naissance - Adoption (si prévues dans le niveau de garantie souscrit)
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

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 1er 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

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 :

- Renforts Hospi :
- Renfort 1 (Code RH1)
- Renfort 2 (Code RH2)

Ces deux renforts ne sont pas cumulables entre eux.

- Renforts Optique + Dentaire :
- Renfort 3 (Code ROD1)
- Renfort 4 (Code ROD2)

Ces deux renforts ne sont pas cumulables entre eux.

Un renfort Hospi peut être cumulé avec un renfort Optique + Dentaire.
Important : Un assuré peut prétendre bénéficier d'une de ces options « RENFORT » seulement si au moins l'une des mentions RH1, RH2, ROD1 ou ROD2 figure 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 de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD),

• Les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau d'atome, conformément au Code des assurances.

• La participation forfaitaire.

• Les franchises médicales.

3.4.2 - EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES

Sont par ailleurs exclus :

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

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 LE RÉGIME OBLIGATOIRE

Les décomptes de remboursement du régime obligatoire 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) à condition que les dépenses de santé soient concernées par le tiers-payant, que le professionnel de santé accepte également le tiers-payant avec le régime obligatoire et que la garantie prévoit au minimum 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 ou refusées 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 - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX :

- dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :
  - Les décomptes délivrés par le régime obligatoire,
  - Les notes d'honoraires, factures acquittées et détaillées,
- dans les 3 mois qui suivent l'évènement :
  - Les justificatifs acquittés des dépenses concernant la rubrique Confort Hospitalier.
  - En cas de prothèse liée à un traitement de chimiothérapie : un certificat médical justifiant du traitement, ainsi que la facture acquittée et détaillée mentionnant la codification de la prothèse si prise en charge par le régime obligatoire.
  - 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 renfort (s'il a été choisi),
- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- du lieu du domicile de l'Adhérent,
- de la composition familiale.

6.2 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent :
- au 1er 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 1er janvier de chaque année ou éventuellement en cours d'année : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

6.3 - MODALITÉ DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

ARTICLE 8 – RÉSILIATION DE L'ADHESION

L'Adhérent peut résilier son adhésion au contrat et à l'Association, par lettre recommandée, 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 (1er janvier).

L'Adhérent peut également résilier son adhésion dans les cas suivants :
- lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier dès l'application de cette nouvelle réglementation ou au plus tard, dès la prochaine échéance principale qui suit cette application, les modalités de l'adhésion pour l'adapter à la nouvelle situation. En cas de désaccord, 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.
- 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 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 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 L. 112-9-I 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. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.
En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'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'entreprise d'assurance si le souscripteur 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 ».
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).

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 /GIEPS - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS 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 TNS 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 – 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 11 – 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 12 – PRESCRIPTION

Conformément à l'Article L. 114-1 du Code des assurances, *« toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :*
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

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

Les informations vous concernant font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.
L'Association est responsable du traitement des informations, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.
Ces informations pourront être communiquées d'une part aux assureurs et leurs collaborateurs, situés tant en France qu'au Maroc ou en Inde (en vertu d'une autorisation de la CNIL), et d'autre part aux intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.
Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à : ASAF & AFPS/GIEPS - Correspondant CNIL - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX.

ARTICLE 14 - RÉCLAMATIONS

Pour toute difficulté, nous vous invitons à contacter en priorité votre interlocuteur habituel à l'adresse suivante : ASAF & AFPS - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX. Il est à votre disposition pour répondre à vos demandes d'informations et traiter vos éventuelles réclamations.
Si, après l'avoir contacté, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel à la Direction Relations Clientèle de l'assureur en écrivant à l'adresse suivante : AXA France - Direction Relations Clientèle - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.
Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.
Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de la FFSA, personnalité indépendante, en demandant sa saisine. Ce recours est gratuit. La Direction Relations Clientèle vous communiquera alors son adresse.
Le Médiateur formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal compétent.

ARTICLE 1 – OBJET

La présente notice d'information reprend les conditions générales des conventions d'assistance portant le numéro 0803086 souscrite par l'Association ASAF (Association Santé et Action Familiale) et le numéro 0803085 souscrite par l'Association AFPS (Action Familiale de Prévoyance Sociale) pour leurs adhérents auprès de INTER PARTNER ASSISTANCE - Succursale pour la France - 6, rue André Gide - 92320 Châtillon - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500 - SIRET numéro 316 139 500 00 011 - N° Intracommunautaire FR 45 316 139 500, Code APE 65 12Z - Siège social : 166 Avenue Louise - 1050-Bruxelles - Belgique -société anonyme de droit belge au capital de 11 702 613 euros - RCB/HRB 394025 - Entreprise d'Assurance agréée sous le n° BNB 0487 - **Agissant sous la dénomination AXA Assistance** - Entreprise régie par le Code des assurances.
Elle a pour objet de garantir pour les adhérents, et les membres de leur famille assurés figurant sur le certificat d'adhésion, des services d'assistance.

ARTICLE 2 – DÉFINITIONS

2.01 - SOUSCRIPTEUR : ASAF & AFPS - 2740, chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS.

2.02 – AXA Assistance : INTER PARTNER ASSISTANCE - Succursale pour la France - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon agissant sous la marque AXA Assistance

2.03 - BÉNÉFICIAIRES : L'adhérent chef de famille à l'association, souscripteur du contrat d'assurance santé **OSALYS TNS** 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.
Ces bénéficiaires sont garantis dès lors qu'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion santé **OSALYS TNS** délivré par l'Association.

2.04 - TERRITORIALITÉ : Les garanties s'exercent en France, à Andorre, à Monaco, dans les Départements d'Outre Mer et les Territoires d'Outre Mer.

2.05 - FRANCE : France.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.15 - ANIMAUX DOMESTIQUES : Animaux familiers (chiens et chats uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

2.16 - FRANCHISE : Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

2.17 - FAIT GÉNÉRATEUR : Maladie, accident.

ARTICLE 3 – DÉFINITIONS DES GARANTIES D'ASSISTANCE

3.01 - GARDE DES ENFANTS : En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 48 heures et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement 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 1ère 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 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.

3.02 - 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 1ère 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.

3.03 - SOUTIEN PÉDAGOGIQUE : 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 11ème à la terminale.
Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes.
Seuls les honoraires du ou des répétiteurs 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 16ème 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.

3.04 - 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 48 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'évènement 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.

3.05 - GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX DOMESTIQUES (chien et chat uniquement) : En cas d'hospitalisation supérieure à 48 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.

ARTICLE 4 – EXCLUSIONS

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, chek-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 états de grossesse à moins d'une complication imprévisible ,
• les interruptions volontaires de grossesse ;
• 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 conséquences résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
• les dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire,
• la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye,
• les conséquences d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
• les conséquences de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports de défense, de combat,
• les conséquences de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
• les conséquences du non respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,
• les conséquences d'explosions d'engins et d'effets nucléaires radioactifs,
• les conséquences de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,
• les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :
• les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport en avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire,
• les frais non justifiés par des documents originaux,
• les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
• toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

ARTICLE 5 – CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

5.01 - LIMITATION DE RESPONSABILITÉ : AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

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

ARTICLE 6 – CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

6.01 - VALIDITÉ DES GARANTIES : Les garanties prennent effet à la date de déclaration du souscripteur et pendant toute la durée de l'adhésion du bénéficiaire pour autant que les garanties de la présente convention soient acquises au souscripteur.

6.02 - MISE EN JEU DES GARANTIES : Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge. AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux. En cas d'évènement **nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :**

PAR TÉLÉPHONE AU 01 55 92 25 99
PAR TÉLÉCOPIE AU 01 55 92 40 50
PAR TÉLÉGRAMME À : « AXA ASSISTANCE FRANCE » Le Carat
6 rue André Gide - 92320 CHÂTILLON

6.03 - PROCÉDURE DE DÉCLARATION DE SINISTRE : Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire doit avertir AXA Assistance et faire sa déclaration de sinistre accompagnée de toutes les pièces justificatives.
Cet envoi doit être adressé à : **AXA Assistance, Service Gestion des Sinistres - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.**
Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans les garanties d'assistance entraîne la déchéance à tout droit de remboursement.
Le remboursement s'effectue sur présentation de factures originales établies par des organismes agréés et reconnus localement. Le remboursement se fait exclusivement au bénéficiaire, ou à ses ayants droit, après réception par AXA Assistance de son dossier complet. AXA Assistance se réserve le droit de soumettre, à ses frais, le bénéficiaire à un contrôle médical sous pli confidentiel transmis par lettre recommandée avec avis de réception.

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

6.05 - DÉCHÉANCE DES GARANTIES : Le non respect par le bénéficiaire de ses obligations envers AXA Assistance en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE

7.01 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les bénéficiaires et les services d'INTER PARTNER Assistance pourront être enregistrées.
Conformément aux Articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le bénéficiaire 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 les présentes conditions générales.
Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par la convention.
Ces informations sont destinées à l'usage interne d'INTER PARTNER Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.
Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'Union Européenne. Il s'agit des destinataires suivants : AXA Business Services située en Inde et AXA Assistance Maroc Services située au Maroc.
Par conséquent, les données pourront faire l'objet d'un transfert vers le pays dans lequel se trouve le bénéficiaire au moment de sa demande.
Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'INTER PARTNER Assistance - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.

7.02 - SUBROGATION : INTER PARTNER Assistance est subrogée dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention, contre tout tiers responsable de l'évènement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

7.03 - PRESCRIPTION : Conformément aux dispositions prévues par 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
2. en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance 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 30 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* ».

7.04 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION : En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter Axa Assistance - Service Gestion Relation Clientèle - 6, rue André Gide - 92328 Châtillon.
Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées lui seront alors communiquées par Axa Assistance et ceci, sans préjudice des autres voies d'action légales.

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

7.06 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE : INTER PARTNER Assurances est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique (14, Boulevard de Berlaimont - 1000 Bruxelles - Belgique - TVA BE 0203.201.340 - RPM Bruxelles - www.bnb.be).

Plus d'informations sur :

www.asaf.asso.fr ou www.afps.asso.fr

OFF395/20160422

ASAF & AFPS

Association Santé et Action Familiale - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) – **Action Familiale de Prévoyance Sociale** - Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00037 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 VALLAURIS **AXA France Vie** - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA Banque - n°orias : 13 005 764 (www.orias.fr) **– AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex – Entreprises régies par le Code des assurances – **INTER PARTNER ASSISTANCE agissant sous la dénomination AXA Assistance**, succursale France RCS Nanterre 316 139 500 - Siège social : 6, rue André Gide 92320 Châtillon – SA de droit Belge au capital de 11 702 613 € Entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique - n° 0487 RPM Bruxelles 415 591 055 - Siège social : 166 Avenue Louise 1050 Bruxelles, Belgique